



universität  
wien

# Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Einstellung zur Menstruation und prämenstruelle  
Beschwerden bei alkoholabhängigen Frauen

Verfasserin

Maren Fildan-Lembacher

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im Oktober 2008

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Ao. Univ.-Prof. Dr. Georg Gittler

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die mich beim Erstellen dieser Arbeit unterstützt haben.

Für sein Interesse und Annahme dieses Themas danke ich im Besonderen Herrn Ao. Univ. Prof. Dr. Georg Gittler, welcher nie daran gezweifelt hat, dass diese Arbeit abgeschlossen wird.

Dem gesamten Team in Kalksburg auf der Frauenstation des Anton-Proksch-Instituts insbesondere Frau Dr. Senta Feselmayer, die mich auf der ständigen Suche nach neuen Patientinnen wirklich sehr unterstützt haben, sei gedankt.

Natürlich möchte ich mich an dieser Stelle auch bei allen Frauen bedanken, welche trotz der mehrmaligen Erhebungszeitpunkte an meiner Untersuchung teilnahmen, nicht vorzeitig abgebrochen haben und so erst die vorliegende Studie ermöglicht haben.

Meinen Freunden und Freundinnen sei hiermit ebenfalls ein herzliches Danke ausgesprochen. Im Besonderen will ich hier namentlich Martina Mollay erwähnen, welche die Arbeit für mich korrektur gelesen hat, sowie Mag. Klaus Schmidberger für seine fachlichen Hilfestellungen. Auch meinem Sohn Alwin sage ich ein Dankeschön für sein Verständnis im Endspurt.

Am Ende dieser Liste liegen mir meine Eltern am Herzen, denen ich ganz besonders danke, dass sie mir das Studium ermöglicht haben. Meine Mutter hat mich tatkräftig sowohl bei der Betreuung meines Sohnes als auch bei den Korrekturen meiner erhobenen Daten unterstützt.

# INHALTSVERZEICHNIS

## THEORETISCHER TEIL

<b>Vorwort.....</b>	<b>1</b>
<b>1 ALKOHOLISMUS.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Einleitung.....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 Begriffsbestimmung.....</b>	<b>3</b>
1.2.1 Geschichtlicher Abriss.....	4
1.2.2 Alkoholmissbrauch.....	5
1.2.3 Gewöhnung - Toleranzentwicklung.....	6
1.2.4 Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV.....	7
1.2.5 Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10.....	9
1.2.6 Abstinenzsyndrom.....	10
<b>1.3 Epidemiologie und Alkoholkonsum.....</b>	<b>11</b>
1.3.1 Alkoholgehalt alkoholischer Getränke.....	12
1.3.2 Trinkverhalten und Alkoholkonsum.....	13
<b>1.4 Formen und Verlauf des Alkoholismus.....</b>	<b>15</b>
1.4.1 Typologie nach Jellinek.....	15
1.4.2 Phasenverlauf nach Jellinek.....	16
1.4.3 Exkurs: Kritik an Jellinek's Typologie und Phasenmodell.....	18
1.4.4 Verlaufstypologie nach Lesch.....	18
<b>1.5 Erklärungsansätze des Alkoholismus.....</b>	<b>20</b>
1.5.1 Theorien zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit.....	21
<b>2 FRAUENALKOHOLISMUS.....</b>	<b>24</b>
<b>2.1 Vorkommen und Entstehungsbedingungen.....</b>	<b>24</b>
<b>2.2 Suchtkarriere und Trinkmuster.....</b>	<b>26</b>
2.2.1 Suchtkarriere.....	26
2.2.2 Trinkstile und Trinkverhalten.....	28
2.2.3 Trinkmotive.....	31
2.2.4 Exkurs: Risikofaktoren des weiblichen Alkoholismus.....	33
2.2.5 Craving.....	34
<b>2.3 Familienstand und Partnerschaft von Alkoholikerinnen.....</b>	<b>34</b>
<b>2.4 Geschlechtsspezifische Phänomene.....</b>	<b>36</b>
2.4.1 Prämenstruelle Faktoren.....	37
2.4.2 Menstruation und Menarche.....	39
2.4.3 Exkurs: Alkoholbedingte hormonelle Folgeschäden.....	40

<b>3</b>	<b>MENSTRUATIONSZYKLUS .....</b>	<b>42</b>
<b>3.1</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>42</b>
<b>3.2</b>	<b>Der „normale“ Menstruationszyklus.....</b>	<b>43</b>
3.2.1	Ovarialzyklus .....	43
3.2.2	Die weiblichen Geschlechtshormone.....	45
3.2.3	Zyklusphasen.....	46
3.2.4	Exkurs: Zyklus und Pille.....	48
<b>3.3</b>	<b>Menstruation.....</b>	<b>49</b>
3.3.1	Historisch .....	49
3.3.2	Menarche .....	50
3.3.3	Menstruationserleben – Berliner Studie.....	51
<b>3.4</b>	<b>Prämenstruelles Syndrom (PMS).....</b>	<b>52</b>
3.4.1	Erklärung des Begriffes „Prämenstruelles Syndrom“ (PMS) .....	53
3.4.2	Symptome .....	54
3.4.3	Häufigkeit und Alter .....	56
3.4.4	Suche nach den Ursachen und deren Behandlung .....	59
3.4.5	Prämenstruelle dysphorische Störung.....	61
<b>3.5</b>	<b>Befindlichkeitsveränderungen im Zyklusverlauf .....</b>	<b>63</b>
3.5.1	Untersuchungsansätze .....	63
3.5.2	Kritik und einige Forschungsergebnisse .....	64

## EMPIRISCHER TEIL

<b>4</b>	<b>DARSTELLUNG DER UNTERSUCHUNG .....</b>	<b>67</b>
<b>4.1</b>	<b>Zielsetzung und Fragestellungen.....</b>	<b>67</b>
<b>4.2</b>	<b>Hypothesen .....</b>	<b>68</b>
<b>4.3</b>	<b>Untersuchungsdesign und Stichprobe.....</b>	<b>71</b>
4.3.1	Frauenstation des API .....	71
4.3.2	Stichprobe .....	72
4.3.3	Ausschlusskriterien .....	72
4.3.4	Ablauf der Untersuchung.....	73
4.3.5	Zeitschema.....	74
4.3.6	Ausgeschiedene Patientinnen.....	74
<b>4.4</b>	<b>Beschreibung der Messinstrumente .....</b>	<b>75</b>
4.4.1	Soziodemographischer Fragebogen .....	75
4.4.2	Menstrual Attitude Questionnaire (MAQ).....	76
4.4.3	Berliner Fragebogen zum Menstruationserleben (FEM) .....	78

<b>5</b>	<b>ERGEBNISSE DER STATISTISCHEN AUSWERTUNG .....</b>	<b>80</b>
<b>5.1</b>	<b>Beschreibung der Stichprobe.....</b>	<b>80</b>
5.1.1	Soziodemographische Daten .....	81
5.1.2	Allgemeiner Gesundheitsstatus .....	88
5.1.3	Gynäkologische Vorgeschichte und Kontrazeptionsverhalten .....	90
5.1.4	Menstruationsbiographie .....	93
5.1.5	Trinkverhalten, -motive und Abstinenzsymptome .....	96
<b>5.2</b>	<b>Darstellung der einzelnen Testergebnisse .....</b>	<b>106</b>
5.2.1	Menstrual Attitude Questionnaire (MAQ).....	106
5.2.2	Berliner Fragebogen zum Menstruationserleben (FEM) .....	110
5.2.3	Zusammenfassung der Ergebnisse .....	114
<b>5.3</b>	<b>Interpretation und Diskussion der Ergebnisse.....</b>	<b>119</b>
5.3.1	Hypothesengeleitete Interpretation .....	119
5.3.2	Diskussion des Gesamtergebnisses .....	123
<b>5.4</b>	<b>Kritische Reflexion und Ausblick .....</b>	<b>125</b>
<b>6</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>127</b>
	<b>LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>129</b>
	<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>137</b>
	<b>TABELLENVERZEICHNIS.....</b>	<b>138</b>
	<b>Anhang .....</b>	<b>139</b>
	<b>Curriculum Vitae</b>	

## Vorwort

Während der Teilnahme an einem Seminar im Anton-Proksch-Institut (API) in Wien Kalksburg im Rahmen meines Psychologiestudiums mit dem Titel der Lehrveranstaltung „Psychodiagnostik und Psychotherapie bei Suchtkranken“ wurde ich mit einer 36jährigen alkoholabhängigen Frau konfrontiert. In der von mir durchgeführten Anamnese bezüglich der Entwicklung ihres Trinkens, erzählte sie für mich sehr eindrucksvoll – sinngemäß:

„ ... es gibt Zeiten während meines Menstruationszyklus, wo ich ein immenses Verlangen nach Alkohol habe ... ich bin in diesen Zeiten gereizt, sensibler ... schon seit meiner Kindheit ... zwei Tage vorher bekomme ich ‚Gusta‘ und wenn dann nichts zu Hause ist, bin ich ganz ‚kribbelig‘ ... ich trinke nur in diesen Zeiten, aber dann sehr massiv ...“

Die vorliegende Diplomarbeit stellt einen Versuch dar, einer bis dato ziemlich unbekannten Forschungsfrage nachzugehen. Einerseits soll untersucht werden, wie alkoholabhängige Frauen während der stationären Entwöhnungsphase ihren Menstruationszyklus erleben und welche Einstellung sie zur Menstruation haben. Bestehen in bestimmten psychologischen Faktoren Unterschiede zwischen alkoholabhängigen Frauen mit verschiedenen ausgeprägten prämenstruellen Beschwerden und alkoholabhängigen Frauen, die keine prämenstruellen Beschwerden beschreiben? Auf der anderen Seite soll diese Untersuchung einen Hinweis geben, ob die befragten alkoholabhängigen Frauen subjektiv einen Zusammenhang hinsichtlich ihrem Trinkverhalten und ihrem Menstruationszyklus sehen – oder stellt die oben erwähnte Patientin eine Ausnahme dar? Bei einem Teil von Alkoholikerinnen wurde in der einschlägigen Fachliteratur ein erhöhter Alkoholkonsum in der prämenstruellen Phase dokumentiert.

Im theoretischen Teil der vorliegenden Arbeit sind folgende Themenbereiche vorgesehen: Zu Beginn wird thematisch der Begriff „Alkoholismus“ eingeführt, einschließlich dessen Vorkommen, Formen und Verlauf, wobei auch auf Theorien zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit eingegangen wird. Im Anschluss behandelt das Thema Frauenalkoholismus beispielsweise: Trinkgewohnheiten, Suchtkarriere sowie geschlechtsspezifische Phänomene und Lebensumstände. Einige spezifische Entstehungs-

---

bedingungen der Alkoholabhängigkeit bei Frauen werden ferner angeführt. Im letzten Abschnitt des theoretischen Teiles wird der biologische Ablauf eines „normalen“ Menstruationszyklus sowie dessen Hormonregulierung erläutert. Abschließend wird auf die Begriffe Menstruation, Menarche, Menstruationserleben sowie „Prämenstruelles Syndrom“ (PMS) näher eingegangen.

Im empirischen Teil wird schließlich die Frauenstation des Anton-Proksch-Instituts (API) in Wien Kalksburg vorgestellt, an welcher die Untersuchung durchgeführt wurde. Die Planung, die Durchführung und die Auswertung der wissenschaftlichen Studie stehen dann im Mittelpunkt der Ausführungen. Es erfolgt eine detaillierte Beschreibung der Stichprobe aufgrund der Deskriptivstatistik, eine Darstellung der einzelnen Testergebnisse mittels statistischen Analysen sowie eine Interpretation und Diskussion der Ergebnisse. In der abschließenden Zusammenfassung werden die wichtigsten Resultate dieser Untersuchung kurz noch einmal beschrieben.

# 1 Alkoholismus

## 1.1 Einleitung

Nach den aktuellen Zahlen auf der Homepage des Anton-Proksch-Instituts (API)<sup>1</sup> in Wien Kalksburg sind 340.000 Österreicher alkoholkrank. Mehr als ein Viertel davon sind Frauen. Das sind gerundet österreichweit 90.000 Betroffene. Früher lag das Verhältnis von alkoholkranken Männern zu Frauen bei vier zu eins, heute liegt es bei drei zu eins.

Den Teufelskreis des Alkoholabhängigen hat der Schriftsteller de Saint-Exupéry (Anm.: Erstausgabe 1943) in seinem Buch „Der kleine Prinz“ treffend beschrieben:

*Der kleine Prinz, der bei dem Besuch auf einem Stern einen Trinker vorfindet, fragt diesen, warum er trinke. Der Trinker antwortet: „Um zu vergessen.“ Der kleine Prinz will wissen, was der Trinker vergessen will. „Um zu vergessen, daß ich mich schäme“, gesteht der Trinker. Der kleine Prinz will dann erfahren, weshalb sich der Trinker schämt. „Weil ich saufe“, erklärt der Trinker und hüllt sich endgültig in Schweigen. (zitiert nach Arend, 1999, S. 69)*

Schmidt (1997) formuliert ebenfalls sehr passend in Bezug auf Alkoholabhängigkeit: „Es ist keine Schande krank zu sein, aber eine Schande, nichts dagegen zu tun.“ (S. 39)

Im Folgenden soll die Bestimmung des Begriffes „Alkoholismus“ inklusive einem kurzen historischen Exkurs einen Überblick verschaffen. Das Vorkommen, die Formen und der Verlauf des Alkoholismus stehen dann im Mittelpunkt der Ausführungen. Um die Entwicklung dieser Krankheit besser zu verstehen, werden im Anschluss Theorien zur Entstehung und Aufrechterhaltung dargestellt.

## 1.2 Begriffsbestimmung

Der Terminus Alkoholismus, der seit fast 160 Jahren im deutschen und internationalen Sprachraum eingebürgert ist, stellt einen umfassenden, jedoch gleichzeitig etwas

---

<sup>1</sup> <http://www.api.or.at/akis/kurzinfo/gmbalkkr.htm> [22.7.2008]



verschwommenen Begriff dar, da er verschiedene Phänomene umfasst, deren Grenzen sehr oft verschwimmen, aber die keinesfalls identisch sind.

Alkohol wird chemisch als Ethanol ( $C_2H_5OH$ ) bezeichnet und wird gewöhnlich durch Hefevergärung von Kohlenhydraten erzeugt. Eine Reihe von Begleitstoffen verleihen den verschiedenen alkoholischen Getränken ihre spezifischen Geschmacksqualitäten (Haller, 1993). Der Begriff „alkul“ stammt aus dem arabischen Kulturraum und bedeutet im übertragenen Sinn „das Feinste vom Feinen“ (alkul = das Feinste, Puder, Schminke). Das deutsche Wort Alcool tauchte im Jahre 1616 in der Bedeutung von Branntwein auf (Feuerlein, 1996).

### 1.2.1 Geschichtlicher Abriss

Der amerikanische Arzt Rush bezeichnete erstmals 1790 Trunksucht als eine schleichende „Krankheit des Willens“. „Der Brauch, viel zu trinken, ist zunächst eine freie Entscheidung des Willens. Von der Gewohnheit wird er zur Notwendigkeit.“ (Lindenmeyer, 2001, S. 71) Vorreiter dieser Auffassung, die Trunksucht als Krankheit des Willens anzusehen, waren Rush in Amerika und Trotter in England (Arend, 1999). Der Arzt Trotter schrieb bereits 1780, dass „die Begierde nach häufiger Trunkenheit eine durch die chemische Natur der alkoholischen Getränke hervorgerufene Krankheit“ sei (zitiert nach Feuerlein, 1996, S. 13). Der schwedische Arzt Huss prägte 1849 den Begriff des „chronischen Alkoholismus“, als selbständiges Krankheitsbild, welcher begrifflich unscharf ist (Arend, 1999).

Der erste Definitionsversuch der Weltgesundheitsorganisation WHO (1950) bezüglich Alkoholismus war noch sehr vage, umfasste u. a. auch Gewohnheitstrinker und lautete: „Der Begriff ‚Alkoholismus‘ bezeichnet eine Art des Trinkens, die in ihrem Ausmaß über die traditionelle und gebräuchliche Ernährungsform oder die gesellschaftlichen Trinksitten der entsprechenden Gesellschaft hinausgeht.“ (zitiert nach Uhl et al., 2001, S. 52)

Eine interessante Kurzdefinition von Alkoholabhängigkeit verdeutlicht, dass Abhängigkeit keine Frage der Menge, Häufigkeit, Regelmäßigkeit bzw. Auffälligkeit ist, sondern, dass die Bestimmung der Abhängigkeit auch durch ihre Folgen möglich ist:

*Alkoholabhängig ist entweder, wer den Konsum von Alkohol nicht beenden kann, ohne daß unangenehme Zustände körperlicher oder psychischer Art eintreten oder wer nicht aufhören kann zu trinken, obwohl er sich oder anderen immer wieder schweren Schaden zufügt. (Lindenmeyer, 1999, S. 4)*

Zur Behandlung von Alkoholikern wurden sog. Trinkerheilstätten eröffnet, deren primäres Behandlungsziel die Abstinenz war. In Österreich wurde im Jahr 1922 in Wien die erste im Rahmen der Irrenanstalt „Am Steinhof“ errichtet (Eisenbach-Stangl, 1994a). Anfang 1961 eröffnete das Genesungsheim für alkohol- und medikamentenabhängige Männer in Wien Kalksburg mit 65 Betten seine Türen (Springer, Feselmayer, Burian, Eisenbach-Stangl, Lentner & Marx, 1994). Durch Um- und Zubauten verfügt das heutige Anton-Proksch-Institut (API) in Wien Kalksburg über 266 Betten.

### **1.2.2 Alkoholmissbrauch**

Wesentliche Voraussetzungen zur Suchtentwicklung stellen nach Kryspin-Exner (1998) der Missbrauch, die Gewöhnung bzw. der Toleranzerwerb und als Folge die Abhängigkeitsbildung dar.

Feuerlein (1989) beschreibt Missbrauch folgendermaßen: „Unter Mißbrauch versteht man den Gebrauch einer Sache in einer Weise, die vom üblichen Gebrauch bzw. vom ursprünglich dafür gesetzten Zweck abweicht, und zwar in qualitativer und/oder quantitativer Hinsicht“ (S. 3).

Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association (APA) findet in der derzeit gültigen Auflage DSM-IV-TR (Textrevision der 4. Auflage; deutsche Version von Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) des Klassifikationssystems Psychischer Störungen seine Anwendung. Darin wird Alkoholmissbrauch als fehlangepasstes Muster von Alkoholkonsum definiert, welches zu negativen Konsequenzen führt, ohne dass eine Alkoholabhängigkeit vorliegt (S. 239).

Das ICD-10 (10. Revision der Internationalen Klassifikationen der Krankheiten von der Weltgesundheitsorganisation WHO; deutsche Übersetzung von Dilling, Mombour & Schmidt, 2008) beschreibt in der aktuellen Terminologie „schädlicher Gebrauch“ wie folgt: Der Konsum

von Alkohol führt zu körperlichen Folgeschäden wie Alkoholfolgekrankheiten oder zu einer psychischen Störung (S. 98).

### 1.2.3 Gewöhnung - Toleranzentwicklung

Kryspin-Exner (1998, S. 269) unterteilt den Begriff „Gewöhnung“ in psychische Abhängigkeit (Angewöhnung) und Toleranzerwerb (pharmakodynamische Gewöhnung). Für die psychische Abhängigkeit ist das als „unwiderstehlich“ empfundene „Verlangen“ sowie das „Nicht mehr aufhören können“ nach einem Suchtmittel charakteristisch. Das Suchtmittel hat in der aktuellen Lebenssituation eine zentrale Bedeutung im Problemlöseverfahren bzw. in der Bekämpfung der Alkoholproblematik selbst eingenommen.

Mit der Zeit kann sich der Körper an ein Suchtmittel derart gewöhnen, dass der Betroffene immer größere Mengen davon verträgt (*Toleranzsteigerung*). Es kommt zu einer deutlichen Wirkungsverminderung des Alkohols bei wiederholter Einnahme aufgrund einer zunehmenden pharmakodynamischen Gewöhnung, d. h. der Organismus kann den Alkohol durch die häufige Zufuhr rascher verarbeiten. Kryspin-Exner (1998). und Lindenmeyer (2001) betonen, dass im Laufe einer Suchtkarriere eines Abhängigen daher immer größere Mengen eines Suchtmittels benötigt werden, um die erhoffte, gleiche Wirkung zu erzielen.

*Eine Toleranzsteigerung liegt dann vor, wenn eine erhöhte Drogenmenge erforderlich ist, um den gleichen spezifischen Wirkungsgrad zu erreichen, oder, anders ausgedrückt, wenn die gleiche Drogenmenge einen geringeren Effekt bewirkt. (Feuerlein, 1989, S. 13)*

Kryspin-Exner (1998) und Lindenmeyer (2001) beschreiben den weiteren Fortgang der Alkoholproblematik: Wenn nach längerer Suchtmittelleinnahme die Funktionstüchtigkeit der Leber eingeschränkt bzw. geschädigt wird, kann es neben Funktionsstörungen zu einer mehr oder weniger starken *Toleranzminderung* kommen. Der Betroffene spürt schon bei vergleichsweise geringen Alkoholmengen eine deutliche Wirkung und weist somit eine eindeutig geringere Alkoholverträglichkeit auf. Manchmal wird diese Toleranzminderung vom Betroffenen und seiner Umwelt irrtümlich als Besserung angesehen („in letzter Zeit habe ich weniger getrunken“).

*Die Toleranz steigert sich in den ersten Phasen des Alkoholismus. Die Toleranz nimmt in späteren Phasen des Alkoholismus wieder ab (Toleranzbruch), so daß schon nach geringen Alkoholmengen Intoxikationserscheinungen auftreten. (Feuerlein, 1989, S. 14)*

Der im Jahr 1849 eingeführte Begriff des Alkoholismus (siehe Kap. 1.2.1) hat eine weltweite Akzeptanz erfahren (Arend, 1999). Neben vielen unterschiedlichen Definitionen des Begriffes „Alkoholismus“ finden sich eine Vielzahl von ähnlichen Begriffen wie „Alkoholsucht“, „Alkoholgefährdung“, „Alkoholauffälligkeit“, „Alkoholkrankheit“, „chronischer Alkoholismus“, „Alkoholabhängigkeit“, „alkoholbezogene Folgeschäden“, „schädlicher Alkoholgebrauch“ (nach ICD-10), „Alkoholabhängigkeitssyndrom“ (nach ICD-10), „Alkoholmissbrauch“ (nach DSM-IV), „Alkoholabhängigkeit“ (nach DSM-IV) usw.

Unter dem in unserem Sprachgebrauch eingebürgerten Begriff „Alkoholismus“ wird heute nur noch Alkoholabhängigkeit verstanden. Auch der unklare Begriff „Sucht“ (Feuerlein, 1996; Wrusch, 1995) wurde auf Vorschlag der WHO durch den Begriff Abhängigkeit ersetzt, findet aber neuerdings wieder häufiger Verwendung und ist oft synonym mit Abhängigkeit.

Die Unterscheidung in Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ist in die zwei großen Internationalen Klassifikationssysteme der Krankheiten DSM-IV und ICD-10 (siehe Kap. 1.2.2) eingegangen, welche im psychiatrischen Alltag ihre Anwendung finden. Die diagnostischen Kriterien für Abhängigkeit im DSM-IV und ICD-10 (siehe Kap. 1.2.4 und 1.2.5) sind vergleichbar und beide gängigen Klassifikationssysteme weisen eine relativ große Übereinstimmung hinsichtlich der Diagnose „Abhängigkeit“ auf.

#### **1.2.4 Alkoholabhängigkeit nach DSM-IV**

In diesem Klassifikationssystem wird Alkoholabhängigkeit unter den „Störungen im Zusammenhang mit Psychotropen Substanzen“ eingeordnet. In der nachstehenden Abbildung (siehe Abbildung 1) sind die diagnostischen Kriterien für Substanzabhängigkeit nach DSM-IV aufgezählt.

**Kriterien für Substanzabhängigkeit nach DSM-IV**

Ein unangepasstes Muster von Substanzgebrauch, das Beeinträchtigungen oder Leiden verursacht, wobei bezogen auf ein Jahr mindestens drei der folgenden Merkmale vorliegen:

- (1) Toleranzentwicklung, definiert durch
  - (a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder erwünschten Effekt herbeizuführen, oder
  - (b) deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetzter Einnahme derselben Dosis.
- (2) Entzugssymptome, wie
  - (a) charakteristisches Entzugssyndrom: negative körperliche und psychische Wirkungen (je nach Substanz) bei Unterbrechung des Konsums oder Verringerung der Menge, oder
  - (b) Einnahme derselben (oder einer sehr ähnlichen) Substanz, um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden.
- (3) Die Substanz wird in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt konsumiert.
- (4) Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.
- (5) Viel Zeit wird darauf verwendet, die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von ihren Wirkungen zu erholen.
- (6) Wichtige soziale, berufliche oder Freizeitaktivitäten werden aufgrund des Substanzmissbrauchs aufgegeben oder eingeschränkt.
- (7) Fortgesetzter Substanzmissbrauch trotz Kenntnis anhaltender oder wiederkehrender körperlicher oder psychischer Probleme, die wahrscheinlich durch den Substanzmissbrauch verursacht oder verstärkt werden.

Bestimme, ob:

- Mit körperlicher Abhängigkeit: Toleranzentwicklung oder Entzugserscheinungen liegen vor.
- Ohne körperliche Abhängigkeit

Abbildung 1: Kriterien für Substanzabhängigkeit nach DSM-IV-TR (Textrevison der 4. Aufl.), nach APA, dt. Übers. von Saß et al., 2003, S. 237

### 1.2.5 Abhängigkeitssyndrom nach ICD-10

Die Diagnosekriterien des Abhängigkeitssyndroms nach ICD-10 sind in der nachfolgenden Abbildung (siehe Abbildung 2) angeführt. Das Hauptmerkmal ist nach Davison, Neale und Hautzinger (2007) der starke Wunsch oder Zwang, die Substanz zu konsumieren.

#### **Alkoholabhängigkeitssyndrom F10.2 nach ICD-10**

Zumindest drei der folgenden Kriterien waren während des letzten Jahres gleichzeitig vorhanden:

- (1) Starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren.
- (2) Verminderte Kontrollfähigkeit, was Beginn, Beendigung und Menge des Konsums angeht.
- (3) Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Einnahme von Alkohol oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
- (4) Toleranz: Um die ursprünglich durch geringere Alkoholmengen erreichten Wirkungen hervorzurufen, sind größere Alkoholmengen erforderlich.
- (5) Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen und erhöhter Zeitaufwand für die Beschaffung und den Alkoholkonsum sowie die Erholung von den Folgen.
- (6) Anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z. B. Leberschädigung durch Alkohol oder Verschlechterung kognitiver Funktionen.

Abbildung 2: Diagnosekriterien des Abhängigkeitssyndrom F10.2 nach ICD-10, WHO, dt. Übers. von Dilling, Mombour & Schmidt, 2008, S. 99

Im Anton-Proksch-Institut (API) erfolgt die Diagnose primär nach ICD-10-Kriterien, da dies „... eine Kommunikationsbasis für alle an der Behandlung beteiligten Personen und Berufsgruppen darstellt und für die Verrechnung mit den Kostenträgern erforderlich ist“ (Feselmayer, Gruber, Kobra, Puchinger & Jenner, 2005, S. 178).

### 1.2.6 Abstinenzsyndrom

Die meisten Alkoholabhängigen kennen leichtere Entzugssyndrome wie beispielsweise das Zittern, das klassische Alkoholdelir tritt dagegen selten auf.

Das einfache Alkoholentzugssyndrom kann nach Soyka (2008) vielgestaltig sein und ist durch eine Reihe von psychovegetativen und körperlichen Beschwerden gekennzeichnet, welche innerhalb weniger Tage bis längstens einer Woche abklingen. Saß et al. (2003) beschreibt, dass die Erscheinungen beim Alkoholentzug am zweiten Tag der Abstinenz am stärksten sind und ab dem vierten oder fünften Tag schwächen sie deutlich ab.

Als wichtigste Symptome werden von Soyka (2008) folgende genannt:

- *im vegetativen Bereich:*  
vermehrtes Schwitzen, Mundtrockenheit, Juckreiz, Schlafstörungen und Tremor.
- *Psychische Störungen:*  
Angst, vermehrte Reizbarkeit, motorische und innere Unruhe, Affektstörungen bis hin zur Affektlabilität, depressive Verstimmungen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen.
- *Neurologische Störungen:*  
Tremor (Hände, Zunge, Augenlider), Gleichgewichtsstörungen, Muskel- und Kopfschmerzen, Artikulationsstörungen und evt. epileptische Anfälle.
- *im somatisch-internistischen Bereich:*  
allgemeines Unwohlsein und Schwäche, Magen-Darm-Störungen wie Übelkeit, Erbrechen, Magenschmerzen, Durchfall, aber auch Appetitmangel und Herz-Kreislauf-Störungen (u. a. Herzklopfen, Pulsbeschleunigung).

Entsprechend den diagnostischen Kriterien nach DSM-IV ist das Abstinenzsyndrom durch folgende Merkmale (siehe Abbildung 3) gekennzeichnet:

**Diagnostische Kriterien für Alkoholentzug nach DSM-IV**

- A. Beendigung (oder Reduktion) von übermäßigem und langandauerndem Alkoholkonsum.
- B. Mindestens zwei der folgenden Symptome, die sich innerhalb einiger Stunden oder weniger Tage gemäß Kriterium A entwickeln:
  - (1) vegetative Hyperaktivität (z. B. Schwitzen oder Puls über 100),
  - (2) erhöhter Handtremor,
  - (3) Schlaflosigkeit,
  - (4) Übelkeit oder Erbrechen,
  - (5) vorübergehende visuelle, taktile oder akustische Halluzinationen oder Illusionen,
  - (6) psychomotorische Agitiertheit,
  - (7) Angst,
  - (8) Grand-mal-Anfälle.
- C. Die Symptome von Kriterium B verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- D. Die Symptome gehen nicht auf einen medizinischen Krankheitsfaktor zurück und können nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden.

Abbildung 3: Kriterien für Alkoholentzug nach DSM-IV-TR (Textrevision der 4. Aufl.), nach APA, dt. Übers. von Saß et al., 2003, S. 257

Aufgetretene Abstinenzerscheinungen werden je nach Schwere einer entsprechenden medikamentösen Behandlung unterzogen. So ist bei leichten Entzugserscheinungen gewöhnlich keine medikamentöse Behandlung notwendig. Bei stärkeren Beschwerden kann, neben der Behandlung auf Sedierung, der Fokus auch auf Erhöhung der Krampfschwelle gerichtet sein. (Feuerlein, 1989)

### 1.3 Epidemiologie und Alkoholkonsum

Nach einer groben Schätzung von Uhl et al. (2001, 2005) werden rund 10% der ÖsterreicherInnen im Laufe ihres Lebens an Alkoholismus erkranken und circa 5% der erwachsenen österreichischen Bevölkerung (340.000 Personen) ist als alkoholkrank zu bezeichnen (Prävalenz).



Auch Lindenmeyer (2001) bestätigt, dass man in Österreich von 330.000 behandlungsbedürftigen Alkoholkranken ausgehen muss, die Zahl der Alkoholgefährdeten liegt etwa zwei- bis fünfmal so hoch.

Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Lebenserwartung liegt die Inzidenz (Neuerkrankungsrate an chronischem Alkoholismus pro Jahr) bei 0,13% aller Österreicher (ca. 10.000 Personen), beziehungsweise 0,05% der Frauen (ca. 2.000 Personen) vs. 0,20% der Männer (ca. 8.000 Personen). (Uhl et al., 2001, S. 95)

Basierend auf den aktuellen Ergebnissen einer österreichweiten Repräsentativerhebung zum Substanzgebrauch im Jahr 2004 (Uhl et al., 2005) sowie den Angaben der Homepage des Anton-Proksch-Instituts (API)<sup>2</sup> ergeben sich zusammenfassend folgende Zahlen:

- Es gibt circa 340.000 behandlungsbedürftige Alkoholranke in Österreich, davon 85.000 Frauen (2,5% Prävalenz).
- Etwa 730.000 alkoholgefährdete Personen leben in Österreich, davon sind 280.000 Frauen (7,9%) betroffen.

### 1.3.1 Alkoholgehalt alkoholischer Getränke

Nach Uhl et al. (2001, S. 39) wird der Durchschnittskonsum der Bevölkerung eines Landes üblicherweise in „Gramm Alkohol pro Tag“ oder in „Liter Alkohol pro Jahr“ angegeben, welche sich leicht umrechnen lassen. Für die praktische Anwendung bedeutet dies beispielsweise 20g Alkohol pro Tag entsprechen rund 9,24 Liter reinem Alkohol pro Jahr und 10 Liter reinem Alkohol pro Jahr sind rund 21,6g Alkohol pro Tag.

Die „*österreichische Standardglaseinheit*“ (ÖSG) mit rund 20 Gramm reinem Alkohol (siehe Tabelle 1) ist recht praktikabel und hat sich bei der Routinedokumentation des Anton-Proksch-Instituts seit Jahren bewährt. Für die Erfassung nach „österreichischem Standardglas“ (ÖSG) ist es jedoch zweckmäßig, den durchschnittlichen Alkoholgehalt für Bier und Most auf 5 Vol.-%, für Wein auf 10 Vol.-% sowie für Spirituosen auf 40 Vol.-% zu runden (Uhl et al., 2001, S. 44).

---

<sup>2</sup> <http://www.api.or.at/akis/kurzinfo/gmbalkkr.htm> [22.7.2008]

Tabelle 1: Umrechnung von Mengen alkoholischer Getränke auf Standardglas (ÖSG)

	Bier / Most	Wein / Sekt	Spirituosen	Südwein / Likör
Österreichisches Standardglas („ÖSG“) á 20 Gramm Alkohol	½ Liter Normalbier od. Most	¼ Liter	1/16 Liter, d.h. 3 kleine Schnäpse á 20 ml	1/8 Liter

(Quelle: Uhl et al., 2001, S. 46)

### 1.3.2 Trinkverhalten und Alkoholkonsum

Bei einem Pro-Kopf-Konsum im Jahr 1999 von 11,4 Liter reinem Alkohol pro Jahr kommen auf jeden Österreicher – vom Säugling bis zum Greis – täglich 24,6 Gramm. Unter Berücksichtigung aller Österreicher ab 16 Jahren zeigt sich ein jährlicher Alkoholkonsum von 13,9 l reinem Alkohol und ein täglicher von 30g. (Uhl et al., 2001, S. 100f)

Nach der durchgeführten „Repräsentativerhebung 1993/1994“ von Uhl und Springer (1996) verteilt sich der durchschnittliche Alkoholkonsum bezogen auf das Geschlecht wie folgt (siehe Tabelle 2):

Tabelle 2: Durchschnittlicher Alkoholkonsum bezogen auf Geschlecht

Alle Österreicher ab dem 16. Lebensjahr	Frauen und Männer	Männer	Frauen
durchschnittliche Gramm Alkohol pro Tag	31	51	13
durchschnittliche Liter Alkohol pro Jahr	14,3	23,6	6,0

(Quelle: Repräsentativerhebung 1993/1994, Uhl & Springer, 1996, S. 51; Uhl et al., 2001, S. 104)  
Kommentar: 20g reiner Alkohol entsprechen ca. ¼ Liter Wein oder ½ Liter Bier.

Bei Analyse der aktuellen Zahlen der Repräsentativerhebung aus dem Jahr 2004 (Uhl et al., 2005, 2006) zeigt sich gegenüber der o. g. Repräsentativerhebung 1993/1994, dass der durchschnittliche Alkoholkonsum von 31 auf 27 Gramm zurückgegangen ist. Dieser Rückgang betrifft primär die Männer (1993/1994: 51g; 2004: 42g Reinalkohol pro Tag), da bei Frauen der Durchschnittskonsum sogar geringfügig von 13g auf 14g gestiegen ist.

Wie aus Tabelle 3 sichtbar, liegen diese Werte bei Alkoholabhängigen erheblich höher. So trinken Alkoholiker durchschnittlich 200g Alkohol pro Tag, wobei betont werden muss, dass der Durchschnittskonsum von weiblichen Alkoholabhängigen im Halbjahr vor der Aufnahme im Anton-Proksch-Institut (API) mit rund 130g Alkohol (6,5 Standardgläser) deutlich unter jenem der Männer mit rund 226g (11,3 Standardgläser) Alkohol liegt.

Tabelle 3: Durchschnittlicher Alkoholkonsum von Alkoholikern bezogen auf Geschlecht

Alkoholiker ab dem 16. Lebensjahr	Frauen und Männer	Männer	Frauen
durchschnittliche Gramm Alkohol pro Tag	200	226	130
durchschnittliche Liter Alkohol pro Jahr	92,4	104,4	60,1

(Quelle: Uhl, 1994, S. 115; Uhl et al., 2001, S. 106)

Kommentar: 100g reiner Alkohol entsprechen ca. 1,25 Liter Wein oder 2,5 Liter Bier.

Nach den Daten hinsichtlich der Alkoholarten im letzten Halbjahr vor der stationären Aufnahme im API zeigen sich nach Uhl (1994) folgende Ergebnisse: Alkoholabhängige trinken vor allem Wein 56 %, Bier 13 %, Spirituosen 26 %, Bier + Wein 1%, Bier + Spirituosen 0%, Wein + Spirituosen 3%, Bier + Wein + Spirituosen 1%.

Abschließend werden der Vollständigkeit wegen noch zwei Grenzen erläutert: Als *Harmlosigkeitsgrenze* wird ein täglicher Durchschnittskonsum bis 16g Alkohol bei Frauen und bis 24g Alkohol bei Männern eingestuft. Die wissenschaftlich nachgewiesenen Grenzwerte laut Health Education Council (1994, zitiert nach Uhl et al., 2001, S. 67) liegen für einen *gesundheitsgefährdenden* Konsum bei einem täglichen Durchschnitt von 40g Alkohol bei Frauen und von 60g Alkohol bei Männern. Vereinfacht wird der unbedenkliche Konsum auf der Homepage des Anton-Proksch-Instituts<sup>3</sup> bei circa 20 Gramm Alkohol als Tagesschnitt eingestuft, das entspricht einem halben Liter Bier oder ein Viertel Wein.

Nach Schmidt (1997) lassen sich aber auch schon bei niedrigeren täglichen Trinkmengen gelegentlich Folgeschäden beobachten. Auch Bühringer und Kunz-Ebrecht (2005) betonen, dass es keinen „risikolosen“ sondern nur „risikoarmen“ Alkoholkonsum gibt.

<sup>3</sup> <http://www.api.or.at/akis/kurzinfo/hrmgef.htm> [22.7.2008]

## 1.4 Formen und Verlauf des Alkoholismus

Bei Durchsicht der Literatur fällt auf, dass viele Autoren die Homogenität dieser Erkrankung bezweifeln. Wie Uhl et al. (2001, S. 54) ausführt, bezeichnet Alkoholismus „kein einheitliches Zustandsbild sondern eine Reihe in Entstehungsgeschichte, Symptomatik und Prognose recht unterschiedliche Phänomene.“ Nach vor allem typologischen Differenzierungen wird versucht, die nicht homogene Population zu unterteilen.

### 1.4.1 Typologie nach Jellinek

Eine der ersten und über viele Jahre gebräuchlichsten Typologien des Alkoholismus geht 1960 auf Jellinek zurück. Er unterscheidet nach dem Trinkmuster fünf Prägnanztypen, welche aus der Analyse von Fragebögen, erhoben an 2000 Anonymen Alkoholikern in den USA, ermittelt wurden (Dörner & Plog, 1996; Kryspin-Exner, 1998; Schmidt, 1997).

- *Alpha-Typ (Problem- und Erleichterungstrinker):*  
vorwiegend psychologisch motivierter Trinkstil, kein Kontrollverlust, nur psychische Abhängigkeit (um Stress oder Angst erträglicher zu machen).
- *Beta-Typ (Anpassungs- und Gelegenheitstrinker):*  
um „mitzuhalten“ an den soziokulturellen Trinksitten, kein Kontrollverlust, keine Abhängigkeit, allerdings Tendenz, solche „Gelegenheiten“ alltäglich zu finden.
- *Gamma-Typ (eigentlicher Prozess-Trinker, „süchtiger Trinker“ oder „Rauschtrinker“):*  
mit psychisch-körperlicher Abhängigkeit, zuerst besteht psychische Abhängigkeit mit gehäuftem „Kontrollverlusten“ (typisch ist, dass sie im Verlauf eines Trinkaktes nicht mehr aufhören können zu trinken), später aufgrund der Toleranzsteigerung auch körperliche Abhängigkeit mit Entzugssymptomen, Abstinenzzeiten sind möglich.
- *Delta-Typ („Spiegeltrinker“):*  
vor allem in alkoholnahen Berufen, Trinkverhalten ist durch regelmäßige Aufnahme großer Mengen Alkohol gekennzeichnet, die über den Tag verteilt konsumiert werden; ausgeprägte körperliche Abhängigkeit, „Unfähigkeit zur Abstinenz“ - da sonst

Entzugerscheinungen auftreten; jedoch ohne Kontrollverlust, psychische Abhängigkeit entwickelt sich erst relativ spät.

➤ *Epsilon-Typ (Periodischer Trinker, „Quartalsäufer“):*

ausufernde Alkoholexzesse im Sinne mehrtägiger Trinkperioden („Sauf Touren“), dazwischen liegen längere Phasen Abstinenz oder nur mäßigen Alkoholkonsums.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass im Sinne Jellineks nur Gamma-, Delta- und Epsilon-Typ als Alkoholiker Krankheitscharakter besitzen. Der Alpha- und Beta-Trinker wird dagegen als alkoholgefährdet betrachtet.

### 1.4.2 Phasenverlauf nach Jellinek

Ebenfalls hat Jellinek durch seine Beschreibung der einzelnen Verlaufsstadien zu einem besseren Verständnis und somit einer Differenzierung des Alkoholismus beitragen. Nach Logue (1995, S. 337) betrachtet Jellinek den Alkoholismus „als eine fortschreitende behandelbare Krankheit, die sich in Phasen entwickelt, wobei spätere Phasen häufig in einer spezifischen Reihenfolge auf frühere folgen“, wie folgende Abbildung 4 darstellt.

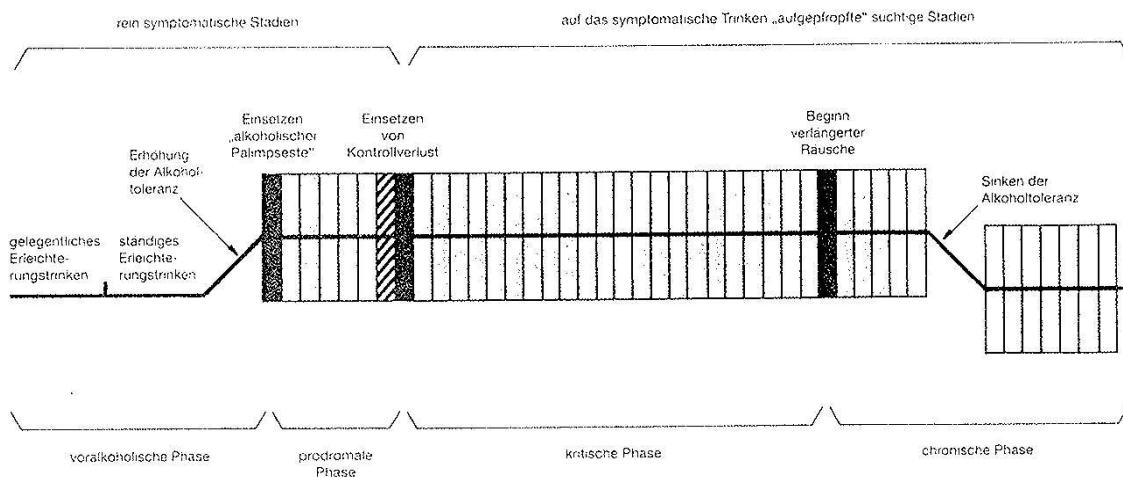


Abbildung 4: Phasen des Alkoholismus nach Jellinek (zitiert nach Logue, 1995, S. 338)

Das Phasenmodell von Jellinek beschreibt die Entwicklung der Alkoholkrankheit in zeitlicher Aufeinanderfolge mittels 42 Symptome, welche in Verlaufsphasen zusammengefasst sind (Feuerlein, 1989; Kryspin-Exner, 1998).

- *Die Präalkoholische Phase* geht der eigentlichen Abhängigkeitsbildung voraus. Hier wird der Alkoholeffekt (um Schwierigkeiten, Frustrationen oder Stimmungsschwankungen auszugleichen) als angenehm empfunden, Dauer einige Monate bis zwei Jahre.
- In der *Prodromalphase* (Dauer sechs Monate bis fünf Jahre) kommt es zum heimlichen Trinken, zum dauernden Denken an Alkohol, zum gierigen Trinken der ersten Gläser und zu Schuldgefühlen. Bereits geringe Alkoholmengen können zu typischen Erinnerungslücken führen („Filmriss“, „Blackout“, „Palimpseste“<sup>4</sup>).
- Die *kritische Phase* ist gekennzeichnet durch „Kontrollverlust“ nach Beginn des Trinkens, Trink-Alibis als Rechtfertigung und zunehmende Probleme mit der Umwelt (Familie, Freunde, Arbeitsplatz). Das Verhalten wird großspurig und aggressiv. Es kommt zur körperlichen Vernachlässigung, Verlust an äußeren Interessen, zur Abnahme des sexuellen Triebes und Entwicklung übersteigerter Eifersucht. Durch die zunehmende körperliche Abhängigkeit ist ein regelmäßiges morgendliches Trinken nach nächtlicher Trinkpause zur Erleichterung der Entzugssymptome notwendig. Dennoch können noch Perioden völliger Abstinenz auftreten.
- In der *chronischen Phase* dominieren verlängerte, tagelange Rausche, Verlust der Alkoholtoleranz - durch erhebliche organische Schäden, charakteristischer Tremor, Beeinträchtigung des Denkens, Angstzustände, Abbau ethischer bzw. moralischer Werteinstellungen, Zuflucht zu technischen Produkten (z. B. Haarwasser, Brennspritus). Da das Erklärungssystem jedoch versagt, ist der Zugang für eine Behandlung leichter.

Nach Arbter-Rosenmayr (1994) wird der Übergang von Alkoholmissbrauch zu Alkoholabhängigkeit durch dieses Phasenmodell treffend dargestellt.

---

<sup>4</sup> Palimpseste: Bezeichnung für das Verblassen älterer Erinnerungen und die Häufung amnestischer Zustände unter Alkoholeinwirkung bei beginnenden alkoholischen Krankheitsprozessen (Peters, 2007)

### **1.4.3 Exkurs: Kritik an Jellinek's Typologie und Phasenmodell**

Trotz mancher Kritik haben Typologie und Phasenmodell nach Jellinek ihre Bedeutung behalten und sich als Hilfen zur Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft besonders bewährt. Es ist allerdings zu beachten, dass es auch Mischformen gibt, wie beispielsweise einen Delta-Alkoholiker mit gelegentlichen Kontrollverlusten. Die Erfahrung von vielen Gamma-Alkoholikern spiegelt sich im Phasenmodell wieder, jedoch muss sich dieser progressive Verlauf mit kontinuierlich fortschreitender Verschlechterung bei alkoholabhängigen Personen nicht zwangsläufig ergeben (Arend, 1999; Schmidt, 1997).

Hervorzuheben ist im Sinne von Schmidt (1997), dass im Gegensatz zu anderen Klassifizierungen das Phasenmodell Jellineks Alkoholkranken die Gelegenheit gibt, sich in einem Krankheitsprozess befindlich zu erkennen, sich somit mit ihrem Krankheitsbild zu identifizieren und dadurch hilft Diskriminierungsängste, Abwehr und Fluchttendenzen abzubauen.

Wie dieses Phasenmodell von Jellinek mit der „Suchtkarriere“ bzw. dem Krankheitsverlauf der alkoholkranken Frau übereinstimmt, wird im Kapitel 2.2.1 Frauenalkoholismus – Suchtkarriere beschrieben.

Arend (1999) äußert zusammenfassend, dass „aufgrund der theoretischen Diskussion und empirischen Befundlage die Annahme des traditionellen Modells – Alkoholabhängigkeit sei ein einheitliches Phänomen mit einer einheitlichen Ursache und einem einheitlichen Verlauf – als widerlegt gelten kann“ (S. 61).

### **1.4.4 Verlaufstypologie nach Lesch**

Bei dieser neueren Einteilung aus 1980 wurden mittels einer prospektiven Langzeitstudie therapeutisch relevante Untergruppen Alkoholkranker herausgearbeitet. „Die Typologie von Lesch versucht auf Ursachen, Verlauf und prognostische Aspekte Bezug zu nehmen und daraus Schlussfolgerungen für die praktische Behandlung von Alkoholikern abzuleiten“ (Uhl et al., 2001, S. 62).

Hierbei wird der Verlauf des Alkoholismus mit der Vorgeschichte, dem klinischen Bild und anderen Parametern in Verbindung gebracht. Es werden vier Verlaufstypen unterschieden und zu jeder Gruppe gibt es ein therapeutisches Konzept (Lesch, 1992; Uhl et al., 2001).

- *Typ I (optimaler Verlauf) - Alkoholkonsum aufgrund von „biologischem Verlangen“:*
  - unauffällige Kindheitsentwicklung, unproblematische Partnerbeziehung,
  - keine psychosozialen Störungen, keine Delikte unter Alkoholeinfluss,
  - angepasstes Trinkverhalten,
  - metaalkoholische Psychose (meist Delirium tremens), manchmal Entzugsanfall.

⇒ Auftreten von Delirien, aber keine psychosozialen Probleme.
- *Typ II (guter Verlauf) - Alkoholkonsum aufgrund von „psychologischem Verlangen“:*
  - typische Konstellation wie dominante Mutter, mütterliche Partnerin,
  - im Trinkverhalten und sozialen Bereich noch angepasst,
  - keine gravierenden somatischen Beschwerden, setzen jedoch Alkohol wie ein Medikament ein,
  - zeigen unter Alkoholeinfluss deutliche Persönlichkeitsveränderung (Aggressivität und Alkoholdelikte).

⇒ psychosoziale Probleme, gestörte Familienbeziehung.
- *Typ III (wechselnder Verlauf) - Alkoholkonsum zur „Behandlung von psychiatrischen Zustandsbildern“:*
  - soziale Belastungen und/oder alkoholpermissives Milieu in der Familie,
  - zeigen Aggressionen auch ohne Alkohol, Delikte unter Alkohol,
  - mäßige Partnerschaft, dominierender Partner,
  - Trinkverhalten nur ein zweitrangiger Faktor neben sozialen und psychischen Auffälligkeiten,
  - Aufnahme meist zwangsweise, inhomogene Gruppe (soziale Auffälligkeiten sowie psychiatrische Störungen).

⇒ Alkohol-permissives Milieu, soziale Probleme; inhomogene Gruppe.
- *Typ IV (schlechter Verlauf) - Alkoholkonsum infolge „frühkindlicher Vorschädigung und Entwicklungsstörungen“:*
  - Entwicklungsstörungen, kindliche zerebrale Schädigungen,
  - zeigen bereits kindliche Verhaltensstörung,



- schlechte Partnerschaft, schlechte Beziehung zu Eltern,
  - Alkohol dazu führt dann zu psychischen, körperlichen und sozialen Schäden (d. h. diese Schäden sind nicht nur alkoholbedingt, setzen jedoch die Lebenserwartung deutlich herab).
- ⇒ Familienprobleme, frühkindliche Schädigungen.

„Die Therapie sollte so früh wie möglich erfolgen, da bei bereits schweren Schädigungen im Rahmen einer fortgeschrittenen Alkoholkrankheit Symptome auftreten, die die Lebenserwartung der Patienten deutlich verkürzen“ (Lesch, 1992, S. 100). Wesentlich für ihn ist bereits zu Beginn der Therapie eine entsprechende Motivation des Patienten, um ein gemeinsames Therapieziel zu formulieren.

## 1.5 Erklärungsansätze des Alkoholismus

Die aktuellen Belastungen und Konflikte sind nach Tölle (1994) oftmals Anlass, Alkohol einzusetzen, um so Erleichterung und Entspannung zu finden. Die Voraussetzung hierzu liefert das Bestreben, aus der unerträglich erscheinenden Realität in eine Art Betäubung zu flüchten. Diese von ihm so genannte „süchtige Fehlhaltung“ ist anscheinend nicht an eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur gebunden.

Zu Beginn der Erforschung der Alkoholproblematik standen eher monokausale Erklärungsansätze im Vordergrund, bei denen das Schwergewicht entweder auf der biologischen, psychischen oder sozialen Ebene lag. Für die multikausale Entstehung der Alkoholabhängigkeit werden nach heutiger Ansicht bei den verschiedenen Autoren (Arend, 1999; Dilling & Reimer, 1995; Feuerlein, 1989; Wrusch, 1995) komplex zusammenwirkende Ursachenbündel aus genetischer Disposition, Persönlichkeitsstruktur, Droge und sozialem Umfeld (wie Familie, Sozialschicht, Beruf, kulturelle Einflüsse) verantwortlich gemacht. Allerdings bestehen noch Differenzen „bezüglich der Bedeutung und des Stellenwerts der einzelnen Komponenten in einer biopsychosozialen Konzeption der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Alkoholproblematik“ (Arend, 1999, S. 21).

### 1.5.1 Theorien zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit

Schon in den 70er Jahren wurden verschiedene Triasmodelle von Feuerlein (1969; zitiert nach Feuerlein, 1989) und Kielholz und Ladewig (1972) zur Erklärung der Entstehung des Alkoholismus entwickelt, welche auch für die allgemeine Entstehung von Drogenabhängigkeit Geltung haben. Diesen Modellen gemeinsam ist die Betonung der Multikonditionalität und der Interaktion zwischen den einzelnen Faktoren. Im Allgemeinen werden drei große Faktorengruppen angegeben:

- die spezifische Wirkung der Drogen,
- die spezifischen Eigenschaften des konsumierenden Individuums,
- die Besonderheiten des Sozialfeldes.

Je nach Droge, Individuum und je nach den Verhältnissen des Sozialfeldes sind diese drei Bedingungen nach Feuerlein (1989) aber in unterschiedlichem Ausmaß wirksam.

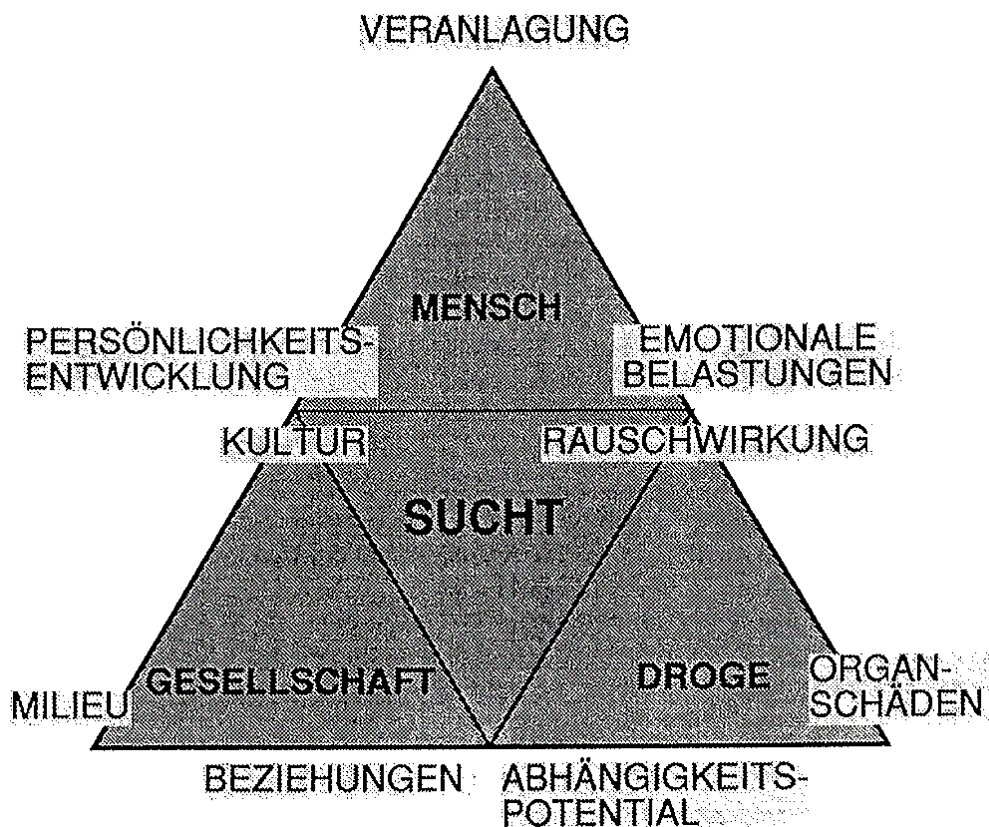


Abbildung 5: Modifiziertes Ladewig'sches Suchtdreieck (zitiert nach Haller, 1993, S. 71)

Zum besseren Verständnis werden die dargestellten Faktoren (siehe Abbildung 5) kurz beschrieben, damit das Netzwerk als solches und der hochkomplexe Vorgang zur Entstehung der Alkoholabhängigkeit anschaulicher wird (Feuerlein, 2000, S. 60 ff):

➤ *Droge:*

hat psychotrope Wirkung, d. h. sie beeinflusst psychische Funktionen wie Stimmung, Wahrnehmung und Antrieb, führt mehr oder minder ausgeprägt zu einem Abhängigkeits-syndrom. Eine wesentliche Rolle spielt dabei das limbische System im Gehirn sowie das Gedächtnis.

➤ *Individuum:*

Die Person wird in ihrer psychophysischen Gesamtheit erfasst. Die genetischen Faktoren spielen beim Alkoholismus eine Rolle, wie Zwillingsforschungen, Adoptivstudien und Tierversuche zeigen konnten. Die psychische Entwicklung ist von Bedeutung, welche natürlich vom sozialen Umfeld beeinflusst wird. Aufgrund der Ergebnisse der Testpsychologie konnte eine prämorbid Persönlichkeitsstruktur („Präalkoholiker“) beschrieben werden, welche u. a. Nonkonformismus, Mangel an Bindungsvermögen und Selbstkontrolle, Impulsivität, Hyperaktivität, „Sensation Seeking“, geringe Konzentrationsfähigkeit sowie Abhängigkeit von Belohnungen zeigt.

➤ *Sozialfeld:*

Gegenüber der Einnahme von Suchtstoffen bestehen in der Gesellschaft verschiedene Grundeinstellungen, welche sich durch den Grad der sozialen Kontrolle und Akzeptanz unterscheiden (z. B. ritueller Konsum, definierte Anlässe, Einnahme der pharmakologischen Wirkung willen oder als Selbstmedikation). Werte, Normen und Traditionen – nach Region und Suchtsubstanz unterschiedlich – liefern so Rahmenbedingungen für den individuellen Missbrauch, weil dadurch die „Griffnähe“ der Substanzen beeinflusst wird. Aber auch Einflüsse der Familie, wie die Stellung innerhalb der Geschwisterreihe und der Familienhierarchie, das Eltern-Kind-Verhältnis oder das Geschlecht (in biologischer, individualpsychologischer und sozialpsychologischer Sicht) in der geschlechtsspezifischen Rollenfunktion, vor allem aber innerhalb der Partnerschaft, spielen eine große Rolle. Bedeutsam sind außerdem besonders gefährdete Berufe (Bau- und Gastgewerbe, Weinbauer etc.) oder großgesellschaftliche Ereignisse (wie z. B. Umzug vom Land in die Stadt oder umgekehrt, Arbeitslosigkeit, Flüchtlingsschicksale oder Obdachlosigkeit).

Diese drei Faktoren werden als voneinander unabhängige Dimensionen betrachtet, wobei zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeit jeweils spezifische Einflussfaktoren beitragen (Arend, 1999).

Zusammenfassend kann die Pathogenese von Alkoholabhängigkeit daher nur durch das Zusammenwirken der oben ausgeführten komplexen Geschehnisse erklärt werden. Unter systemischen Gesichtspunkten wird weiters davon ausgegangen, dass sich die Bedingungsfaktoren als Regelkreise gegenseitig beeinflussen und so im Sinne einer Verstärkung als „circulus vitiosus – Teufelskreis“ (siehe Abbildung 6) wirken. (Küfner, 1981; Tölle, 1994)

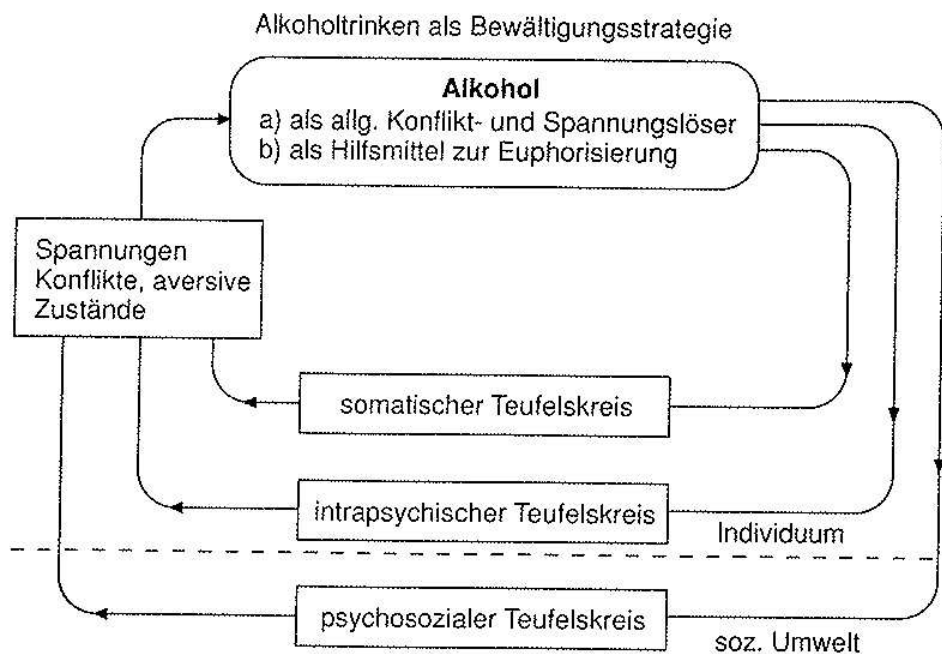


Abbildung 6: Teufelskreise der Alkoholabhängigkeit (nach Küfner, 1981, S. 11)

Abschließend soll die sehr treffende Formulierung von Arend (1999, S. 54) erwähnt werden: „Die bisherigen Forschungsergebnisse zeigen, dass es viele Wege in die und aus der Abhängigkeit gibt und eine Abkehr von der Uniformitätshypothese sowohl in der Ätiologie als auch der Behandlung der Abhängigkeit erforderlich ist“.

## 2 Frauenalkoholismus

Wenn in den klinisch-psychologischen Fachbüchern und Zeitschriften explizit auf Frauenalkoholismus hingewiesen wird, ist vielfach angeführt, dass dieser „anders“ ist bzw. verläuft. Rückblickend auf das bereits erwähnte „Suchtdreieck“ (siehe Kap. 1.5.1) wird deutlich, dass die gesellschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen für Frauen andere sind als für Männer.

Die moderne Suchtforschung kennzeichnet die alkoholranke Frau wie folgt: Sie ist durchschnittlich 34 Jahre alt und damit sieben Jahre älter als der alkoholranke Mann. Die alkoholranke Frau ist häufiger geschieden und ihr Bildungsniveau ist signifikant höher als das des alkoholranken Mannes. Die pathologische Trinkdauer – die Zeitspanne vom Beginn des problematischen Trinkens bis zu ihrem ersten Aufenthalt im Anton-Proksch-Institut (API) – beträgt bei Frauen 10 Jahre und bei Männern 15 Jahre. (Feselmayer, 2003, in ÖAZ Aktuell<sup>5</sup>)

Im Mittelpunkt der Ausführungen in diesem Abschnitt stehen die Trinkgewohnheiten, das Vorkommen sowie die spezifischen Entstehungsbedingungen der Alkoholabhängigkeit bei Frauen. Ferner sollen einige klinisch-relevanter Symptome im Hinblick auf Frauenalkoholismus (teilweise im Vergleich gegenüber alkoholranken Männern) dargestellt werden. Abschließend werden einige Lebensumstände insbesondere unter dem Blickwinkel von geschlechtsspezifischen Phänomenen thematisiert.

### 2.1 Vorkommen und Entstehungsbedingungen

Mit Beginn der 70er Jahre versuchten einige Alkoholforscher mehr auf die spezifischen Bedingungen der Frau einzugehen, da früher Alkoholismus als typische Männerkrankheit betrachtet wurde. Vogt (1984) kritisiert in der Alkoholismusforschung, dass die Frauen „denselben Gesetzmäßigkeiten unterliegen, die den Krankheitsverlauf bei Männern charakterisieren“ (S. 48).

---

<sup>5</sup>[http://www.oeaz.at/zeitung/3aktuell/2003/16/haupt/haupt16\\_2003neue.html](http://www.oeaz.at/zeitung/3aktuell/2003/16/haupt/haupt16_2003neue.html) [22.7.2008]

Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen lag vor 1939 bei 10:1 und hat sich Anfang der 60er Jahre auf 4:1 verschoben. Vogt (1984, S. 47) berichtet, dass „heute rund ein Viertel bis ein Drittel aller Alkoholkranken Frauen sind“. Die aktuellen österreichischen Zahlen zeigen ebenfalls, dass der Frauenalkoholismus deutlich zunimmt. Das Verteilungsmuster Männer zu Frauen aufgrund der Aufnahmezahlen im Anton-Proksch-Institut (API) in Kalksburg (Springer, 1977b; Burian, 1983; Uhl, 1994; Uhl & Kobrna, 2003) entspricht heute 3:1 (siehe Kap. 1.3). Auf der Frauenstation des API werden pro Jahr rund 500 Aufnahmen verzeichnet (Feselmayer et al., 2003).

Eisenbach-Stangl (1994b) berichtet, dass ein Drittel des in Österreich getrunkenen Alkohols von Frauen konsumiert wird, zwei Drittel von Männern – dieses Verhältnis hat sich in den letzten Jahrzehnten, auch durch die steigende Berufstätigkeit der Frauen nicht verändert.

Lindenmeyer (2001) begründet die Entwicklung des steigenden Frauenanteils in der Zeit des Wirtschaftsaufschwunges damit, dass es zwischen den Geschlechtern zunächst erhebliche Unterschiede im Umgang mit Alkohol gab. Bei Männern wurde häufig relativ ungehemmt der hohe Alkoholkonsum in aller Öffentlichkeit oder Gesellschaft toleriert, dagegen tranken Frauen lange Zeit deutlich geringer und insbesondere eher verdeckt. Die Trinkgewohnheiten der Frauen haben sich erst in den letzten Jahren denen der Männer stärker angeglichen.

Auch Uhl et al. (2005) führt aufgrund der österreichweiten Repräsentativerhebung aus 2004 an, dass das traditionelle Rollenbild, welches den Männern eher Alkoholkonsum und Alkoholexzesse zugestand als Frauen, heute wie es scheint weitgehend verschwunden ist. Der Alkoholkonsum der jungen Frauen (bis zum 30. Lebensjahr) ist über die letzten zehn Jahre aufgrund der „Angleichung der Geschlechterrollen“ deutlich angestiegen, hingegen zeigt sich bei den Frauen ab dem 30. Lebensjahr (genauso wie bei den Männern) eine rückläufige Tendenz. Davison, Neale und Hautzinger (2007) beschreiben ebenfalls, dass sich der Anteil der jungen Problemtrinkerinnen dem der Männer angleicht.

Im Sinne von Franke und Winkler (2001, S. 100) besteht transkulturell Einigkeit darin, „dass starkes und öffentliches Trinken von Frauen nicht akzeptiert wird“. Während dem

exzessiven Alkoholkonsum bei Männern häufig mit großer Toleranz begegnet wird und etwaige Sanktionen erst – wenn die Kontrolle verloren geht – wirksam werden, „findet diese Ablehnung bei Frauen bereits in einem viel früheren Stadium statt“ (S. 100). Angetrunken-sein sowie starkes Trinken bei Frauen wird u. a. in Zusammenhang mit erhöhter sexueller Aktivität sowie unzulässigem Übernehmen von männlichen Verhaltensweisen gebracht.

## **2.2 Suchtkarriere und Trinkmuster**

Zahlreiche Untersuchungen betreffend der „Suchtkarriere“ lassen vermuten, dass männliche und weibliche Alkoholabhängige sich deutlich von einander unterscheiden. Im Anschluss wird u. a. anhand dokumentierter Patientendaten des Anton-Proksch-Instituts (API) auf einige dieser geschlechtsspezifischen Unterschiede näher eingegangen.

### **2.2.1 Suchtkarriere**

Nach Uhl und Kobra (2003) beginnen männliche Alkoholiker durchschnittlich um das 26. Lebensjahr problematisch zu trinken, während weibliche Alkoholikerinnen nach dem 34. Lebensjahr an Alkoholismus erkranken. Die Form der Verteilung des Missbrauchbeginns weist erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede auf: „Männer, die später mit der Diagnose ‚Alkoholismus‘ im API stationär behandelt wurden, hatten mit dem Alkoholmissbrauch am häufigsten im Alter zwischen dem 16. und dem 22. Lebensjahr (Modalwert = 18 Jahre) begonnen, während der Höhepunkt des Alkoholmissbrauchbeginns bei Alkoholikerinnen im Alter zwischen 30 und 45 Jahren (Modalwert = 40 Jahre) lag“ (Uhl, 1994, S. 111).

Bereits Springer (1977b, S. 18) deutet daraufhin, dass „der Alkoholismus der Frau in einem höheren Alter einsetzt als bei den Männern“. Mantek (1979, S. 82) beschreibt in ihrer Studie, dass die Alkoholikerinnen fünf bis zehn Jahre später mit dem starken Trinken einsetzten und es ergab sich für den Trinkbeginn der Frau eine zweigipfelige Altersverteilung mit zwei Altersschwerpunkten 25-30 Jahre und 35-40 Jahre.



Wie bereits in Kapitel 1.4.3 erwähnt wurde, herrscht Uneinigkeit bezüglich der Frage, ob das Phasenmodell von Jellinek Gültigkeit besitzt. Vogt (1984) kommt laut ihrer Analyse von Anamnesedaten zu dem Resultat, dass der Krankheitsverlauf bei Frauen nicht mit dem Phasenverlauf von Jellinek (siehe Kap. 1.4.2) korrespondiert. „Bekannt ist lediglich, dass sich die Frauen irgendwann zwischen ihrem 25. und 35. Lebensjahr einen Trinkstil angewöhnen, der von der Norm abweicht und der ihnen selbst sowie ihrer Umwelt erhebliche Schwierigkeiten macht“ (Vogt, 1984, S. 51).

Auch Franke und Winkler (2001, S. 96) bemerken kritisch, dass das Phasenmodell von Jellinek zwar in der Praxis sehr populär wurde, jedoch konnte es durch die Forschung nicht eindeutig bestätigt werden. Sie begründen dies dahingehend, dass bei der Entwicklung durch die Biographien von Alkoholabhängigen nicht alle Verläufe berücksichtigt wurden. Außerdem wird von den Autoren kritisiert, dass über das Geschlecht der von Jellinek untersuchten Personen keinerlei Aussagen gemacht wird, und sie meinen abschließend, dass das Modell nach heutigem Wissensstand auf Frauen nicht anwendbar ist. Ebenso vertreten Davison, Neale und Hautzinger (2007) aus den ihnen vorliegenden Daten die Ansicht, dass Jellineks Schema nicht auf Frauen zutrifft.

Untersuchungen bezüglich der Dauer zwischen dem Einsetzen des Alkoholmissbrauchs und der ersten stationären Behandlung im API ergaben gravierende Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Diese Dauer lag bei Frauen durchschnittlich bei 6,5 Jahren und war damit in etwa nur halb so lang wie bei Männern (11,3 Jahre). „Bei Frauen betrug die häufigste Dauer vom Mißbrauchsbeginn bis zur ersten stationären Aufnahme 2 Jahre (Modalwert), während sich Männer am häufigsten nach 5 bis 10 Jahren Mißbrauch (Modalwert 9 Jahre) erstmals stationär im API behandeln ließen.“ (Uhl, 1994, S. 112) Auch Feselmayer und Beiglböck (1991) sowie Breuss-Purtscher, Hansen-Steiner und Haller (2000) bestätigen, dass die pathologische Trinkdauer bei Frauen im Durchschnitt kürzer als bei Männern ist.

Mittels Auswertungen der Patientinnendokumentation des API der Jahre 2001/2002 (Feselmayer et al., 2003, S. 22) lässt sich die Altersverteilung auf der Frauenstation wie folgt beschreiben: Das durchschnittliche Alter der Patientinnen ist 46 Jahre. Bei der Altersgruppe bis 25 Jahre beträgt die Aufnahmehäufigkeit nur 1,2%, diese steigt dann



kontinuierlich an, so dass die am stärksten vertretene Altersgruppe die der 45-49jährigen Frauen (20% der Aufnahmen) ist, anschließend ist mit steigendem Alter ein ebenfalls kontinuierlicher Rückgang zu verzeichnen. In der Gruppe der über 60-jährigen Frauen finden sich nur noch knapp 10% der Patientinnen. Immerhin ist etwa ein Viertel der Patientinnen über 50 Jahre alt.

Von vielen Autoren (wie u. a. Davison, Neale & Hautzinger, 2007; Franke & Winkler, 2001; Mantek, 1979) wird über den Verlauf des Frauenalkoholismus übereinstimmend darauf hingewiesen, dass Frauen zu einem späteren Zeitpunkt erstmals zu trinken beginnen. Nach den klinischen Beobachtungen steht eindeutig fest, dass Frauen aber früher zur Behandlung des Alkoholismus kommen. Wie Mantek (1979) und Wanke (1981) bemerken, werden sie etwa zum gleichen Zeitpunkt in die Alkoholkliniken wie Männer eingewiesen. Nach Wanke (1981, S. 20) kann daraus geschlossen werden, dass die Entwicklung zur Alkoholabhängigkeit bei der Frau rascher verläuft, es rascher zu einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes und zum sozialen Abstieg kommt. Einige österreichische Studien (Uhl, 1994; Uhl & Kobrna, 2003) bestätigen ebenfalls eine wesentlich schnellere Suchtentwicklung bei Frauen, einen schlechteren Allgemeinzustand sowie mehr und stärkere Entzugssymptome bzw. substanzinduzierte psychische Störungen im Entzug. Oft wird in diesem Zusammenhang von einer stärker verringerten Lebenserwartung von Alkoholikerinnen gegenüber männlichen Alkoholikern berichtet, wobei über die geschätzte Anzahl der verlorenen Lebensjahre diskutiert wird.

Breuss-Purtscher et al. (2000, S. 47) interpretieren den früheren Behandlungszeitpunkt wie folgt: Frauen haben „ein ausgeprägteres Gesundheitsbewusstsein und sind eher bereit, Hilfe in Anspruch zu nehmen, weshalb sie sich früher in Beratung – wenn auch nicht unbedingt in Behandlung – begeben.“

### **2.2.2 Trinkstile und Trinkverhalten**

Aus den verschiedenen empirischen Untersuchungen lässt sich mehrfach belegen, dass Alkoholikerinnen auch ein anderes Trinkverhalten und Trinkmuster als Alkoholiker aufweisen. „Frauen trinken generell seltener als Männer und wenn sie trinken, trinken sie

weniger: Sie sind allgemein weniger in die Trinksitten integriert.“ (Eisenbach-Stangl, 1988, S. 177)

Nach den Auswertungen von Krankengeschichten im Anton-Proksch-Institut (API) in den Jahren 1974 bis 1975 waren von 171 Patientinnen im Sinne des Jellinekschen Schemas 11,1% dem Delta-Typ und 42,7% dem Gamma-Typ zurechenbar. Die übrigen 46,8% waren Mischtypen, davon 21,0% Polytoxikomane. (Burian & Mader, 1977, S. 32) Feuerlein (1989) bestätigt, dass unter den Alkoholikerinnen mehr Gamma-Typen nach Jellinek als unter den alkoholabhängigen Männer vorzufinden sind und „meistens ist der Alkoholabusus bei Frauen mit gleichzeitigem Medikamentenabusus kombiniert“ (S. 93).

Viele Frauen, die im Übermaß Alkohol konsumieren, nehmen nach der Analyse der Anamnesedaten laut Vogt (1984) auch beachtliche Mengen von Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmitteln ein. Nach den Aufnahmedaten vom Anton-Proksch-Institut (API) in Kalksburg (Springer, 1977a) sind unter den Alkoholikerinnen 16% Polytox und 13% Missbraucherinnen von Medikamenten, d. h. insgesamt sind es rund 30% Medikamentenabhängige und -missbraucherinnen. Feselmayer et al. (2005) weist ebenfalls darauf hin, dass die sog. „stille Sucht – Medikamentenabhängigkeit“, evt. gekoppelt mit Alkoholabhängigkeit, bei Frauen eine viel größere Rolle als bei Männern spielt.

Im Laufe der Abhängigkeitsentwicklung verändern sich nach Franke und Winkler (2001, S. 105) sowohl die bevorzugten Getränke als auch die Konsummotive. Frauen mit unauffälligem Konsum trinken am häufigsten Wein und Sekt, gefolgt von Bier und Spirituosen. Der Alkoholkonsum von Alkoholikerinnen hingegen erfolgt am häufigsten durch Spirituosen, gefolgt von Wein, Bier und eher selten Sekt.

Da Frauen für gewöhnlich mehr allein trinken, bleiben sie in der Familie relativ lange unauffällig (Burian, 1983). Auch Mantek (1979) stellt fest, dass Frauen, die exzessiv trinken, dies vor allem heimlich und allein tun. Weiters geben sie an, häufiger zu Hause als in der Öffentlichkeit zu trinken. „Während Frauen mit unauffälligem Alkoholkonsum vor allem in Gesellschaft trinken, trinken alkoholabhängige Frauen allein“ (Franke & Winkler, 2001, S. 104). Der Frauenalkoholismus bleibt daher viel länger unentdeckt und die Dunkelziffer der alkoholgefährdeten Frau wird besonders hoch eingeschätzt.

Wrusch (1995, S. 20f) bietet eine gute Literaturübersicht und beschreibt die wichtigsten Unterschiede zusammenfassend:

- Frauen bevorzugen einen anderen Trinkstil als Männer. Sie trinken öfter allein, heimlich und zu Hause.
- Frauen trinken bereits am Beginn der Suchtentwicklung neben Sekt und Wein auch Spirituosen, während bei Männern sich der Übergang zu hochprozentigen Getränken erst allmählich vollzieht.
- Die Alkoholabhängigkeit entwickelt sich bei Frauen schneller und sprunghafter. Geringere Alkoholmengen scheinen für eine Suchtentwicklung auszureichen.
- Oft wird bei weiblichen Alkoholabhängigen von einem zusätzlichen Medikamentenabusus und von Polytoxikomanie berichtet.
- Frauen sind allgemein weniger in der Lage, den Alkohol in ihrem Körper abzubauen. Sie resorbieren Alkohol schneller, sind schneller intoxiiert und die Intoxikation ist ausgeprägter. Sie entwickeln bei geringerem Alkoholkonsum und in kürzerer Zeit alkoholtypische Lebererkrankungen.
- Für alkoholabhängige Frauen werden häufig psychosomatische Störungen und gynäkologische Probleme festgestellt.

Ein erheblicher Einfluss auf den Alkoholkonsum konnte ferner dem Ausbildungsstand und dem beruflichen Niveau zugeschrieben werden. Franke und Winkler (2001, S. 102) zitieren mehrere Untersuchungen aus verschiedenen europäischen Ländern der jüngeren Zeit, die überaus deutlich zeigten, „dass insbesondere Frauen mit akademischer Ausbildung und einer anspruchsvollen beruflichen Position regelmäßig Alkohol jenseits der von der WHO für unbedenklich erklärte Grenzwerte trinken“ (siehe Kap. 1.3.2). Da nicht gesagt werden kann, dass Frauen mit einem hohen Alkoholkonsum automatisch in eine Alkoholabhängigkeit „abrutschen“ und endgültige Interpretationen nach den Autoren noch fehlen, sind anschließende Punkte mehr als interessante Überlegungen zu verstehen: Aufgrund ihres beruflichen Alltag leben Frauen teilweise in einer männerdominierten Kultur, Frauen versuchen den beruflichen Stress mit Alkohol abzubauen und/oder da viele Frauen alleine leben, hat Alkohol die Funktion eines Trösters übernommen.

### 2.2.3 Trinkmotive

„Frauen setzen Alkohol häufiger als ‚Medikament‘ ein, um mit ihren Ängsten, Verstimmungen, Kindheits-Traumen und Schmerzen besser umgehen zu können.“ (Feselmayer, 2003, in ÖAZ Aktuell<sup>6</sup>)

Alkoholikerinnen weisen aber auch spezielle Krankheitsprofile auf (Puchinger, 2003, in ÖAZ Aktuell<sup>7</sup>) wie etwa 25% der Patientinnen vom Anton-Proksch-Institut (API) an Angststörungen, 33% an depressiven Symptomen sowie 25% an gestörtem Essverhalten leiden. Die Behandlung der Suchtkrankheit selbst sowie anschließend die Grundstörung sind daher im Therapiekonzept der Frauenstation des API verankert.

Burian (1983) betont, dass Frauen überwiegend aus psychischen Konflikten zum Alkohol greifen. Als Risikofaktoren hinsichtlich Frauenalkoholismus erwähnen Burian und Mader (1977) einen dominierenden Partner in der (Ehe-)Beziehung, Doppelbelastung (Haushalt und Beruf), Sexualstörungen, Alkoholiker als Partner und eine dominierende Mutter.

Auf der Suche nach den Motiven für den Alkoholkonsum konnte Wanke (1981, zitiert nach Feselmayer & Beiglböck, 1990) einen Unterschied zwischen Männern und Frauen finden: Frauen setzen Alkohol zur Spannungsreduzierung ein, während bei Männern das häufigste Motiv im Genußtrinken zu sehen ist.

Davison, Neale und Hautzinger (2007) hingegen beobachten als Anlass sehr häufig eine ungewöhnlich belastende Erfahrung, wie etwa den Tod des Ehemanns oder eine schwere Familienkrise.

In der Studie von Smole (1985, S. 93) geben befragte Alkoholikerinnen als Trinkauslöser folgende subjektive Gründe an, wobei Mehrfachnennungen möglich waren: Beziehungsproblematik und Partnerkonflikt 47%, Einsamkeit 42%, depressive Verstimmung 28%,

---

<sup>6</sup>[http://www.oeaz.at/zeitung/3aktuell/2003/16/haupt/haupt16\\_2003neue.html](http://www.oeaz.at/zeitung/3aktuell/2003/16/haupt/haupt16_2003neue.html) [22.7.2008]

<sup>7</sup>[http://www.oeaz.at/zeitung/3aktuell/2003/16/haupt/haupt16\\_2003neue.html](http://www.oeaz.at/zeitung/3aktuell/2003/16/haupt/haupt16_2003neue.html) [22.7.2008]

Doppelbelastung 27%, Trennung und/oder Scheidung 25%, Mut antrinken 18%, Sexualkonflikt 8% sowie „Empty-Nest“ 5%.

Vogt (1984) verweist als häufigste Motive für exzessives Trinken bei Frauen auf Schwierigkeiten in der Partnerschaft, auf Ängste, auf Einsamkeit und Isolation sowie auf Minderwertigkeitsgefühle. „Das korrespondiert gut mit den soziobiographischen Daten der Frauen, aus denen sich ja deutlich ablesen lässt, dass sowohl Partnerschaft als auch das Leben allein für die Frauen chronischen Stress mit sich bringt“ (S. 50).

Auch Feselmayer und Beiglböck (1989) berichten bei Patientinnen, dass als auslösendes Motiv vor allem Beziehungsprobleme und Partnerkonflikte, Einsamkeit, Doppelbelastung oder Trennung und Scheidung angesehen werden. „Der primäre Konflikt bei der Entstehung der Alkoholabhängigkeit bei der Frau liegt signifikant höher im Bereich Partnerschaft und Familie“ (S. 69). Bei männlichen Patienten liegt dieser häufiger im Beruf oder im Bereich der eigenen Persönlichkeit.

Der verschiedenartige Druck von Arbeitsplatz, Haushalt und Kindererziehung ist demnach für einige Frauen eine zu große Belastung und so gibt es oft nur die Flucht in die (psychosomatische) Krankheit, in den Missbrauch von Drogen wie Alkohol und/oder Psychopharmaka (Burian, 1984, S. 66).

Zusammenfassend beschreibt Schmidt (1997, S. 50) einige nachstehende Besonderheiten des Frauenalkoholismus:

1. Alkoholikerinnen beginnen ihren Alkoholkonsum normalerweise mit härteren Getränken als männliche Alkoholranke und steigern den Spirituosenanteil am Gesamtalkoholkonsum rasch während der Krankheitsentwicklung.
2. Alkoholikerinnen verheimlichen ihren Alkoholkonsum mehr. Sie trinken häufig allein und heimlich. Auslösend sind dafür wohl vordergründig Einstellung und Verhalten unserer Gesellschaft, da eine betrunkene Frau weniger akzeptiert und vermehrt diskriminiert wird als ein berauschter Mann.
3. Alkoholikerinnen gehören häufig einer höheren sozialen Schicht an und haben verglichen mit alkoholkranken Männern auch eine bessere Schulbildung.

4. Alkoholikerinnen leben häufiger als männliche Alkoholranke allein.
5. Alkoholikerinnen dürften schneller körperliche Folgeschäden entwickeln, u. a. Leberschäden.
6. Alkoholikerinnen missbrauchen häufiger gleichzeitig Tabletten. Dieses polytoxe Verhalten wird auch durch Diskriminierungsängste bestimmt. „Tabletten verursachen keine ‚Fahne‘, sind leichter zu transportieren und geben weniger ‚Leergutprobleme‘.“
7. Alkoholikerinnen entwickeln im Vergleich mit alkoholkranken Männern seltener Delta-Alkoholismus.

Grundsätzlich ist daher zu erwähnen, dass bei Männern und Frauen die Primärkonflikte, welche als bedeutsam für die Genese einer Abhängigkeit erlebt werden, unterschiedlich sind (Feselmayer et al., 2003, S. 177). Bei Frauen liegt der Schwerpunkt ihres Primärkonfliktes viel häufiger in der Partnerschaft, während dieser bei Männern eher auf beruflichen Schwierigkeiten beruht.

Hervorzuheben ist bezüglich der symptomatischen Trinkmotive bei Frauen, wie schon Lindenmeyer (2001) bemerkt: Männer trinken im Schnitt etwa dreimal so viel Alkohol wie Frauen. „Während für Männer der Alkoholkonsum an sich ein angenehmes Erlebnis ist und als soziales Schmiermittel dient, verwenden Frauen Alkohol eher zur gezielten Regulierung v. a. unangenehmer Gefühle“ (S. 20).

#### **2.2.4 Exkurs: Risikofaktoren des weiblichen Alkoholismus**

Als Risikofaktoren für eine Abhängigkeitsentwicklung bei Frauen werden von Franke und Winkler (2001, S. 105f) genannt: - Genetisches Risiko, - Herkunftsfamilie, - Partnerschaft und Ehe, - Berufliche Situation sowie - Sexueller Missbrauch. In diesem Kapitel soll kurz auf den Punkt des sexuellen Missbrauchs eingegangen werden, da diesbezüglich gemachte Erlebnisse evt. Auswirkungen (Störvariable) auf die durchgeführte Studie haben könnten.

Aufgrund von Erhebungen gilt ein enger Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und Suchterkrankungen als belegt. So sind Vernachlässigung und sexueller Missbrauch eindeutig als Risikofaktoren für eine spätere Abhängigkeitsentwicklung identifiziert worden (Franke & Winkler, 2001). Bei internationalen Literaturrecherchen kommen Langeland und Hartgers

(1998, zitiert nach Franke & Winkler, 2001, S. 106) zu dem Ergebnis, „dass sexuell missbrauchte Frauen ein substantiell erhöhtes Risiko für Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit haben“. Der Anteil der betroffenen Frauen ist ungewiss. Breuss-Purtscher et al. (2000) betonen, dass zwischen 30 und 80 Prozent der suchtkranken Frauen über Missbrauchserfahrungen berichten. Die errechneten Zahlen schwanken je nach Definition von sexuellem Missbrauch.

Bei alkoholkranken Frauen wird aber auch über erlebte körperliche Gewalterfahrungen berichtet. So erwähnen Autoren (Wilsnack, 1984; Hurley, 1991; zitiert nach Arend, 1999, S. 45), dass ein weiterer bedeutsamer ätiologischer Bereich die Inzesterfahrung sowie das Erleben des sexuellen Missbrauchs und der Gewalt zu sein scheint. Abschließend soll folgendes Zitat nicht unerwähnt bleiben: „Einerseits trinken geschlagene Frauen, um die Gewalt ertragen zu können, andererseits werden sie wegen ihres Alkoholkonsums geschlagen“ (Breuss-Purtscher et al., 2000, S. 47).

### **2.2.5 Craving**

Unter „Craving“ wird nach Dorsch, Häcker und Stapf (2004) ein subjektiv starkes Verlangen zur Substanzeinnahme (Anm.: nach Alkoholkonsum) verstanden. „Manchmal erfahren Alkoholiker ein unwiderstehliches körperliches Verlangen oder einen überwältigenden psychischen Drang nach Alkohol („craving“)" (Arend, 1999, S. 56).

Es gilt nach Schmidt (1997, S. 235) dabei folgende zwei Cravingformen zu unterscheiden:

- im Rahmen des Entzugssyndroms, um Entzugssymptome zu beseitigen oder
- nach längerer Alkoholabstinenz.

⇒ Mittels der medikamentösen Rückfallprophylaxe – den so genannten Anti-Craving-Substanzen – wird versucht, so auf das Trinkverlangen Einfluss zu nehmen.

## **2.3 Familienstand und Partnerschaft von Alkoholikerinnen**

Betreffend den Familienstand berichtet die Alkoholismusforschung übereinstimmend, „dass sich unter den Alkoholikerinnen überproportional solche Frauen befinden, die allein

oder mit ihren Kindern leben, ledig, geschieden oder verwitwet sind, wobei der Anteil der geschiedenen Frauen deutlich hervorsticht" (Mantek, 1979, S. 29). Auch Feuerlein (1989) beschreibt die weiblichen Alkoholkranken im Vergleich zu den männlichen häufiger als ledig, geschieden, vor allem aber verwitwet.

Burian und Mader (1977) geben aufgrund der Auswertungen von Krankengeschichten der Jahre 1974 bis 1975 im Anton-Proksch-Institut (API) folgende Zahlen bekannt: Der Anteil der geschiedenen Frauen beträgt 28,6% (im österreichischen Durchschnitt 4%), die unverheirateten Frauen sind mit 25,2% vertreten, während 46,2% der Patientinnen verheiratet sind bzw. Lebensgemeinschaften aufweisen.

Nach den Daten von Uhl (1994, S. 119f) sind 38% der Patientinnen des API verheiratet. Der Ledigenanteil beträgt 16% und ist damit um rund ein Viertel (1,21-fach) höher als in der Referenzstichprobe. Der Anteil der geschiedenen (38%) und verwitweten (8%) Frauen ist um das 3,22-fache bzw. 1,42-fache erhöht. Die Zahl der Verheirateten ist um fast die Hälfte niedriger als in der Referenzgruppe, da dort deren Anteil 70% aufweist.

Feselmayer et al. (2003, S. 22) beschreibt mittels Analyse der Aufzeichnungen der Patientinnendaten des API den Familienstand wie folgt: 23% der Patientinnen sind ledig, 32% verheiratet, 38% geschieden sowie 7% verwitwet. Bei einem altersstandardisierten Vergleich zeigen sich krasse Unterschiede hinsichtlich der aufgenommenen Patientinnen des API zur weiblichen österreichischen Gesamtbevölkerung. Der Anteil der ledigen und verwitweten Frauen ist in Bezug auf die Vergleichsgruppe 1,5 mal größer, der Geschiedenenanteil ist mit 38% sogar 3,7 mal höher, währenddessen der Anteil an Verheirateten nur halb so hoch ist. Da in der Patientinnendokumentation des API auch der tatsächlich gelebte Status während des letzten halben Jahres vor der Aufnahme erhoben wird, können die Angaben durch nachstehende Zahlen ergänzt werden: 38% der Patientinnen gaben an, alleinstehend zu sein oder eine (zeitweilige) Beziehung(en) zu haben, 62% lebten hingegen – entweder gemeinsam oder in getrennten Haushalten – in einer festen Beziehung.

Aufgrund der oben dargestellten Zahlen des API (siehe die entsprechend dokumentierten Auswertungen der Jahre 1977 vs. 1994 vs. 2003) lässt sich vermuten, dass der Anteil der



verheirateten Frauen über die Jahre von 46,2% auf 32% deutlich zurückgeht, dagegen der Anteil der Geschiedenen von 28,6% auf 38% ansteigt. Da mir keine fundierten Daten vorliegen, wie sich der Familienstand altersbezogen generell im Laufe dieses Zeitraumes in ganz Österreich verändert hat, sollen die anschließenden Bemerkungen nicht als Interpretation verwendet werden: Die auf der Homepage der Stadt Wien publizierte Scheidungsrate<sup>8</sup> steigt österreichweit immer weiter (insbesondere in Wien werden beinahe zwei von drei Ehen früher oder später geschieden), die Eheschließungen<sup>9</sup> hingegen nehmen tendenziell ab, wobei es einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Wiederverheirateten als Folge der hohen Scheidungszahlen gibt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass alkoholabhängige Frauen seltener verheiratet, aber deutlich häufiger geschieden sind als Frauen ohne Suchtprobleme, weiters leben sie seltener in einer aktuellen Partnerschaft. Erwähnenswert ist außerdem, dass die Hälfte aller Alkoholikerinnen Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern sind (Franke & Winkler, 2001).

## 2.4 Geschlechtsspezifische Phänomene

Die Suche über allgemeine Merkmale des Frauenalkoholismus sowie die Suche nach bestimmten Persönlichkeitsdispositionen verlief nach Burian (1984) ergebnislos, aber es wurden seiner Meinung nach andere relevante Aspekte stark vernachlässigt.

Nach Belfer und Shader (1976, zitiert nach Burian, 1983, S. 297) existieren nur sehr wenige Untersuchungen über das Zusammenwirken physiologischer Prozesse, wie beispielsweise der Menstruation und bestimmten psychischen Mechanismen in der Entwicklung des Alkoholismus. Obwohl bereits ein paar Jahrzehnte seit dieser Aussage vergangen sind, liegen auch heute nur wenige entsprechende Studien vor, auf einige soll in diesem Kapitel eingegangen werden. Der Alkoholkonsum – über den Menstruationszyklus betrachtet – ist hingegen bei nicht alkoholabhängigen Frauen als auch bei nicht alkoholabhängigen Frauen, die unter dem „Prämenstruellen Syndrom“ leiden, öfters in Studien untersucht worden.

---

<sup>8</sup><http://www.wien.gv.at/statistik/daten/pdf/abschnitt-eheloesungen.pdf> [6.8.2008]

<sup>9</sup><http://www.wien.gv.at/statistik/daten/pdf/abschnitt-eheschliessungen.pdf> [6.8.2008]

### 2.4.1 Prämenstruelle Faktoren

Das „Prämenstruelle Syndrom“ – darauf wird in Kapitel 3.4 näher eingegangen – ist die Bezeichnung für diffuse Unruhe und Spannung sowie depressive Verstimmung einige Tage vor Einsetzen der Menstruation und ist „sowohl von der Psychodynamik als auch von den gegebenen biophysiologicalen Faktoren zu begreifen“ (Smole, 1985, S. 157).

Während Lisansky bereits im Jahr 1957 (zitiert nach Burian, 1983, S. 298) keinen direkten Zusammenhang in ihrer Untersuchung zwischen prämenstrueller Spannung und exzessivem Trinken bemerken konnte, wird von anderen Autoren gelegentlich über dieses Phänomen berichtet. So fanden Belfer, Shader, Carroll und Harmatz (1971) bei einer Gruppe von alkoholabhängigen Frauen, dass 67% (14 von 21) der menstruierenden und 46% (6 von 13) der nicht-menstruierenden Alkoholikerinnen ihren Alkoholkonsum in Zusammenhang mit dem Menstruationszyklus bringen. Diese 20 Frauen (n=34) begannen oder erhöhten ihr Trinken im Prämenstruum; 9 Frauen davon tranken auch während der Menstruation weiter. Als Kritik ist das Alter (31 bis 65 Jahre) sowie die geringe Stichprobengröße anzumerken.

In der bereits erwähnten Studie von Burian und Mader (1977) hinsichtlich der sozialen Risikofaktoren anhand von Krankengeschichten von 171 Frauen des API gaben 70 Frauen an, zeitweise oder regelmäßig an prämenstruellen Beschwerden und depressiven Verstimmungen zu leiden. Von diesen 70 Frauen haben 31 (18,2%) das „Prämenstruelle Syndrom“ als stark beeinträchtigend bezeichnet“ (S. 36).

Die Untersuchung von Beckmann (1979, zitiert nach Smole, 1985, S. 157) zeigte folgende Ergebnisse: Nur 3% einer „normalen“ Kontrollgruppe und 4% der befragten Frauen in psychiatrischer Behandlung, jedoch 29% der Alkoholikerinnen gaben an, während des Prämenstruums mehr zu trinken.

Bei der von Smole (1985) selbst durchgeführten Erhebung (siehe dazu Kap. 2.4.2) berichteten mehr als die Hälfte der befragten Alkoholikerinnen (n=100) während der

prämenstruellen Phase von diffusen Unruhe- und Spannungsgefühlen, wobei aber 69% angaben, in dieser Zeit nicht mehr Alkohol konsumiert zu haben.

Eine neuere Studie von Allen (1996) bei abstinenten Alkoholikerinnen (n=48) zeigt folgende Ergebnisse: 33% der Frauen tranken mehr Alkohol prämenstruell als zu den anderen Zeiten des Monats; Frauen, die prämenstruell mehr tranken, hatten höhere (nicht signifikante) Werte im PAF (Premenstrual Assessment Form) als diejenigen, die dies nicht taten; neun von den Frauen, die prämenstruell mehr Alkohol konsumierten nahmen die Pille.

Durchgeführte Untersuchungen bei nicht alkoholabhängigen Frauen bezüglich des Alkoholkonsums und einer etwaigen Alkoholproblematik in der Herkunftsfamilie – als Risikofaktor gesehen – ergaben u. a.: 74% der „PMS“-Frauen aus einer belasteten Herkunftsfamilie väterlicherseits (ohne eigener Alkoholabhängigkeit), aber nur 22% der „PMS“-Frauen ohne solch einer Herkunftsfamilie, berichteten über einen prämenstruell erhöhten Alkoholkonsum (McLeod, Foster, Hoehn-Saric, Svikis & Hipsley, 1994). In einer Studie von Svikis, Miles, Haug, Perry, Hoehn-Saric und McLeod (2006) konnte ferner gezeigt werden, dass „PMS“-Frauen aus einer belasteten Herkunftsfamilie väterlicherseits ihr Trinkverhalten prämenstruell steigern, unabhängig der Schwere ihrer „PMS“-Symptome. Charette, Tate und Wilson (1990) zeigten hingegen, dass der Alkoholkonsum bei jungen nicht alkoholabhängigen Frauen nicht in Beziehung zum Menstruationszyklus steht, unabhängig einem etwaigen Auftreten von Alkoholismus in der Familiengeschichte, und vermuten daher, dass der Menstruationszyklus nicht geeignet sei, die Entstehung von Alkoholismus zu erklären.

In einer der ersten Studien Mitte der 70er Jahre bezüglich des Alkoholstoffwechsels während des Menstruationszyklus stellten Jones und Jones (n=20, Collegestudentinnen; zitiert nach Gill, 1997) fest, dass Frauen bei der gleichen Menge Alkohol signifikant höhere Blutalkoholkonzentrationen in der prämenstruellen Phase (21.-28. Zyklustag) erzielten und diesen schneller absorbierten. In vielen nachfolgenden Studien konnten diese Ergebnisse – eine Übersicht findet sich bei Gill (1997) – nicht bestätigt werden.

Uhl und Kobra (2003) führen an, dass Frauen im Durchschnitt um ein Drittel weniger Körperwasservolumen aufweisen und bei identischen Alkoholmengen einen höheren Alkoholspiegel als Männer erzielen. Ferner wird beschrieben, dass der absolute Alkoholabbau bei Frauen im Durchschnitt um ein Drittel langsamer verläuft als bei Männern.

Hinsichtlich der geschlechtsspezifischen Abhängigkeitsmuster formuliert bereits Springer (1977b, S. 24), dass prämenstruelle Verstimmungszustände und dysmenorrhoeische Beschwerden sowie der Problemkreis der Menopause „geschlechtsspezifische Bedingungen für den Kontakt mit Tranquilizern und Analgetica und in bestimmten Fällen auch Alkohol darstellen“.

## **2.4.2 Menstruation und Menarche**

Bei den recherchierten Untersuchungen am Anton-Proksch-Institut in Wien Kalksburg wurden nur bei einer Studie – im Rahmen der Dissertation von Smole (1985) – anhand von fünf Fragen (3-stufig) eines selbstkonstruierten Fragebogens Ergebnisse betreffend dem Menstruationserleben bei alkoholabhängigen Frauen gefunden.

Smole (1985, S. 85) berichtet in ihrer Dissertation, dass 25% der von ihr befragten Alkoholikerinnen (n=100) innerhalb der Familie aufgeklärt wurden, 59% außerhalb der Familie (Schule oder Freundeskreis) und 16% keinerlei Aufklärung erhielten. Das durchschnittliche Alter bei der ersten sexuellen Beziehung wurde mit Md = 17,5 Jahren angegeben.

In derselben Untersuchung gaben mehr als die Hälfte der Patientinnen an, auf die Menarche vorbereitet gewesen zu sein, für 18% dagegen war es ein Schockerlebnis. „Eine positive Einstellung zur Menses haben 9% der befragten Alkoholikerinnen, 64% geben an, dass die Menstruation eben dazugehört und 27% sind der Menstrualblutung gegenüber negativ eingestellt.“ (Smole, 1985, S. 86) Aufgrund ihrer Ergebnisse leiden während der menstruellen Blutung 37% der Patientinnen an starken Schmerzen, 11% leiden nur zeitweise darunter sowie 52% überhaupt nicht. „Je positiver die Einstellung zur Menses, umso weniger wurde von Schmerzen während der Menstrualblutung berichtet“ (Smole, 1985, S. 91). Aufgrund ihrer Daten von befragten Alkoholikerinnen zeigte sich,

wenn die Sexualität als wichtig eingestuft wurde, war auch eine positive Einstellung zur Menstruation bzw. umgekehrt vorhanden. In der Untersuchung gaben Frauen, welche unter diffusen Unruhe- und Spannungsgefühlen einige Tage vor Einsetzen der Menstruation leiden, außerdem an, „in dieser Zeit des Prämenstrums mehr Alkohol konsumiert zu haben“ (S. 91).

Als Kritik zu der oben beschriebenen Untersuchung sollte das Alter der Patientinnen (18 bis 60 Jahre) erwähnt werden, ferner fehlen Informationen, ob die Patientinnen (noch) menstruieren oder nicht, beispielsweise durch sekundäre Amenorrhöe oder Menopause.

### **2.4.3 Exkurs: Alkoholbedingte hormonelle Folgeschäden**

Der konsumierte Alkohol hat je nach Trinkverhalten auf den gesamten menschlichen Organismus Auswirkungen, und es gibt kaum ein Organ, welches nicht infolge von Alkoholmissbrauch geschädigt werden kann. „Bezüglich der betroffenen Organe und des Ausmaßes der Alkoholfolgeschäden gibt es starke individuelle Unterschiede, deren Ursachen bislang unbekannt sind ...“ (Tölle & Doppelfeld, 2005, S. 108). In diesem Kapitel soll kurz auf die hormonelle Situation insbesondere das Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-System<sup>10</sup> (siehe Kap. 3.2.2) eingegangen werden.

Nach Feuerlein (1989) führt der Alkohol bei chronischem Alkoholabusus – soweit Untersuchungen vorliegen – zu einer leichten Steigerung der Östrogenausschüttung, hingegen dürfte die LH- und FSH-Sekretion<sup>11</sup> bei Frauen durch Alkohol gehemmt werden.

Die Veränderungen der Hormonspiegel im Zusammenhang mit Alkoholabusus wurden jahrzehntelang nahezu ausschließlich als Folge einer gleichzeitig bestehenden alkoholbedingten Lebererkrankung angesehen. Inzwischen konnte nachgewiesen werden, dass chronischer Alkoholabusus auch bei Abwesenheit einer Lebererkrankung mit einer Dysfunktion des Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Systems im Zusammenhang steht.

---

<sup>10</sup> Gonade: die ausgebildete Geschlechtsdrüse (Roche, 1993)

<sup>11</sup> LH: Abk. für Luteinisierendes Hormon; FSH: Abk. für Follikelstimulierendes Hormon. Beide sind Hormone des Hypophysenvorderlappens. (Dorsch et al., 2004)

So weisen männliche Alkoholiker häufig klinische Symptome eines Mangels an Geschlechtshormonen auf, und zwar unabhängig von einer bestehenden oder nicht bestehenden Lebererkrankung. Bei Alkoholikerinnen zeigen sich nach Colantoni, De Maria und Van Thiel (2000) häufig Zyklusstörungen, frühe Menopause und Unfruchtbarkeit. Diese Probleme treten bei weiblichen Alkoholabhängigen ebenfalls jeweils mit bzw. ohne alkoholbedingter Lebererkrankung auf.

*Anhand dieser klinischen Beobachtungen wurde deutlich, dass Alkohol die normale Funktion der Gonaden, des Hypothalamus, der Hypophyse und der Nebennierendrüsen beeinträchtigt und was noch entscheidender ist, dass diese Dysfunktionen auch in Abwesenheit einer klinisch relevanten alkoholbedingten Lebererkrankung vorliegen können. (Colantoni et al., 2000, S. 460)*

Die Autoren bemerken außerdem, dass bei Frauen mit chronischem Alkoholabusus folgende Veränderungen auftreten können: ein Verlust der sekundären Geschlechtsmerkmale, Oligo-/Amenorrhö, verminderte Fruchtbarkeit sowie der frühe Eintritt der Menopause, da die Ausschüttung von Östrogenen und Gonadotropin verringert ist. Der fehlende Eisprung führt direkt zu Unfruchtbarkeit und zur Abwesenheit von Corpora lutes (Gelbkörper) und dem LH-Anstieg in der Zyklusmitte. „Alkoholabusus führt bei Frauen zu schweren Veränderungen im Hormonstatus, des physischen Erscheinungsbildes und der Fortpflanzungsfähigkeit.“ (Colantoni et al., 2000, S. 465)

Auch Lindenmeyer (2001) berichtet, dass bei Frauen im Laufe ihrer Alkoholabhängigkeit Zyklus-Unregelmäßigkeiten auftreten können. Uhl et al. (2001) formuliert über internistische Folgeerkrankungen bei chronischem Alkoholismus hinsichtlich Alkohol und Sexualität: „Auch der Geschlechtszyklus alkoholkranker Frauen wird schwer gestört, die hormonelle Kybernetik bricht zusammen, der Eisprung bleibt aus, Unregelmäßigkeiten der Menstruation bis hin zum Ausbleiben der Regel sind die Folge“ (S. 88).

Aus den verschiedenen klinischen Beobachtungen hinsichtlich der Zusammenhänge über Alkoholkonsum und Hormonstörungen bleiben nach Schmidt (1997, S. 151) jedoch viele Fragen offen bzw. werden widersprüchlich beantwortet. Gründe liegen seiner Ansicht nach in unterschiedlichen Untersuchungstechniken, in den starken physiologischen Schwankungen der Hormonspiegel und in der unterschiedlichen Ausbildung von Leberschäden und Begleiterkrankungen, welche den Hormonstoffwechsel beeinflussen.

### 3 Menstruationszyklus

In diesem Abschnitt wird zunächst der Ablauf eines „normalen“ Menstruationszyklus erklärt, anhand dessen werden vereinfacht die komplexen Schaltkreise der weiblichen Hormonregulierung erläutert. Neben den Begriffen Menstruation, Menarche und Menstruationserleben wird anschließend auf das „Prämenstruelle Syndrom“ (PMS) näher eingegangen. Den Abschluss bilden Forschungsergebnisse betreffend untersuchter Veränderungen während des Menstruationszyklus.

#### 3.1 Einleitung

Olbricht (1993, S. 102) schreibt hinsichtlich der Menstruation: „Die Menstruation war und ist als äußerlich sichtbares, eindrucksvolles Ereignis unter anderem das ursprüngliche Zeichen von Fruchtbarkeit, Erneuerungsfähigkeit und Weiterführung. Alle weiblichen Funktionen sind eng mit dem Blut verbunden, die Gebärfähigkeit und der Wochenfluß ebenso wie die Menstruation.“ Das Wort *Menstruation* stammt aus dem Lateinischen (*mensis* - Monat und *stratus* - ausgestreut). Ursprünglich waren der Mond und die Menstruation das Maß der Zeiteinteilung, der davon abgeleitete Monat ist es heute noch.

Der Wiener Gynäkologe Knaus und sein japanischer Kollege Ogino fanden Ende der zwanziger Jahre gleichzeitig, aber unabhängig voneinander heraus, dass pro Zyklus normalerweise nur eine Eizelle in den Eierstöcken (Ovarien) vollständig heranreift und sprungbereit wird (Rötzer, 1999, S. 35). Ferner wurde von ihnen behauptet, dass „die Zeitspanne zwischen Eisprung und Menstruation immer exakt 14 Tage beträgt“ (Blume, 1986, S. 81).

Der Einfluss psychischer Faktoren auf den weiblichen Zyklus ist seit längerem bekannt, und so wird nach Springer-Kremser (1983) auf diesen Zusammenhang in Handbüchern der Gynäkologie und Endokrinologie<sup>12</sup> immer wieder eingegangen.

Beliebt in der Medizin und gut vorstellbar sind Größenvergleiche aus der Tier- und Pflanzenwelt, wie u. a. der „pflaumengroße“ Eierstock, die „birnenförmige“ Gebärmutter

---

<sup>12</sup> Endokrinologie: Lehre über die Wirkung von Hormonen (Dorsch et al., 2004)

sowie als deren Befestigung dienendes „Segel“: Zwischen Eierstock, Eileiter, Gebärmutter und Beckenwand ist ein „Segel“ aus einer doppelten Hautfalte „ausgespannt“, welches die Organe miteinander verbindet und in welchem die Blutgefäße gut geschützt verlaufen. (Langenbucher, 1991, S. 82)

## **3.2 Der „normale“ Menstruationszyklus**

Als Menstruationszyklus wird die Zeit vom 1. Tag der Menstruation bis zum letzten Tag vor der nächsten Menstruation mit den dabei periodisch wiederkehrenden Veränderungen am Eierstock und an der Gebärmutter Schleimhaut bezeichnet (Roche, 1993). Die durchschnittliche Zyklusdauer beträgt etwa 29,5 Tage (Blume, 1986).

Im Anschluss sollen kurz die zeitliche Abfolge des Menstruationszyklus, die entsprechende Hormonregulierung sowie abschließend die verschiedenen Zyklusphasen erläutern werden.

### **3.2.1 Ovarialzyklus**

Die Grundlage für die zyklischen Veränderungen im Ovar (Eierstock), d. h. für den Ovarialzyklus, ist die regelmäßige Reifung einiger Primärfollikel und der Ausstoß einer Oozyte (weibliche Keimzelle) in periodischen Abständen. Einmal im Zyklus etwa 14 Tage  $\pm$  1 Tag vor Beginn der nächsten Menstruation findet die Ovulation (Eisprung) statt. Während die Zeitspanne zwischen der Ovulation und der folgenden Monatsblutung (Lutealphase) relativ konstant ist, ist die Zeitspanne zwischen der Ovulation und der vorhergehenden Blutung (Follikelphase) sehr variabel, da diese von der Reifungszeit der Follikel abhängt. (Langman, 1989)

Die nachstehende Abbildung (siehe Abbildung 7) zeigt Veränderungen der Gebärmutter- (Uterus) Schleimhaut, der Körpertemperatur, der charakteristischen Konzentration der Geschlechtshormone sowie den Verlauf der Eireifung (Follikelreifung), des Eisprungs (Ovulation) und der Bildung des Gelbkörpers (Corpus Luteum) während eines



Menstruationszyklus – die detaillierten Ausführungen werden im Kapitel 3.2.3 Zyklusphasen beschrieben. (Lamertz, Wittchen, Stolz & Wittchen, 1998, S. 21f)

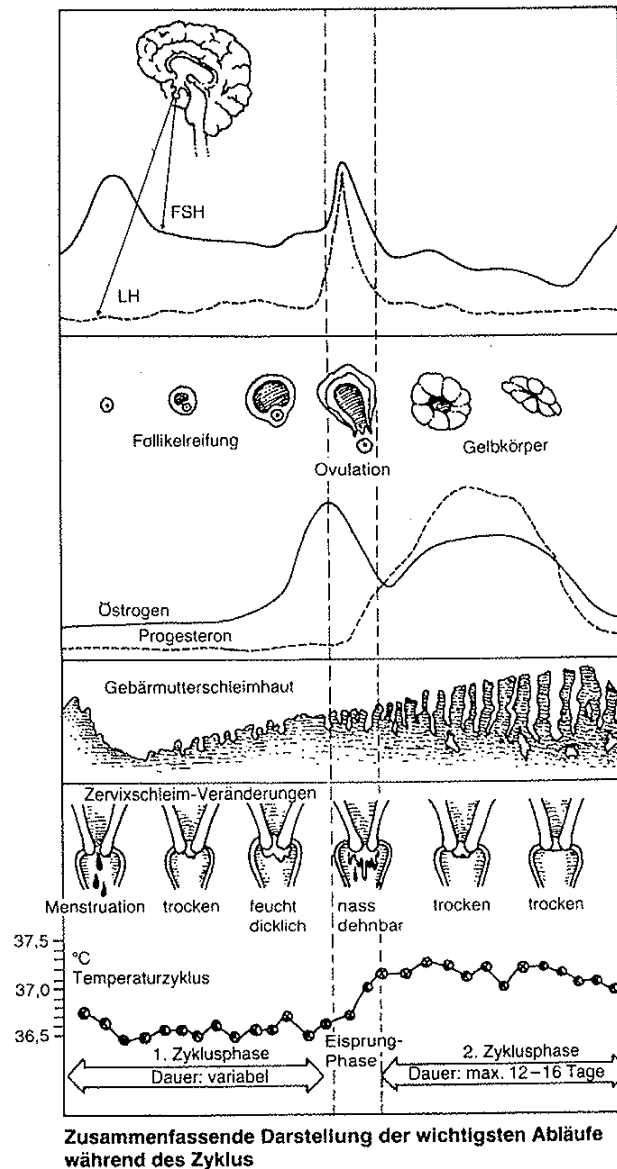


Abbildung 7: Menstruationszyklus, Blume, 1986, S. 87

Lamertz et al. (1998) betonen, dass jede Frau ihren individuellen Zyklus hat und dessen hormonelle Veränderungen nicht exakt dem oben abgebildeten Idealfall entsprechen. Ferner schreibt Blume (1986, S. 90): „Diese lehrbuchhafte Normalität hat mit der Realität wenig zu tun. Sie findet sich nur bei sehr wenigen Frauen und auch bei diesen nur selten über einen längeren Zeitraum.“

### 3.2.2 Die weiblichen Geschlechtshormone

Die Sexualhormone, welche den weiblichen Zyklus mit Eireifung, Eisprung und Monatsblutung regeln, werden im Eierstock (Ovar), in der Hirnanhangdrüse (Hypophyse) und in der Nebennierenrinde gebildet. Östrogene bewirken die Ausbildung und Erhaltung der sekundären weiblichen Geschlechtsmerkmale. Progesteron wird im Gelbkörper (Corpus Luteum), in der Placenta und zu einem kleinen Teil auch in der Nebennierenrinde gebildet. (Skriptum Biochemie<sup>13</sup>)

Der unten vereinfacht abgebildete Regelkreislauf (siehe Abbildung 8) zeigt übersichtlich das Zusammenspiel der weiblichen Geschlechtshormone – Östrogene, Progesteron, FSH und LH – und wird über so genannte „Feedback-Mechanismen“ reguliert.

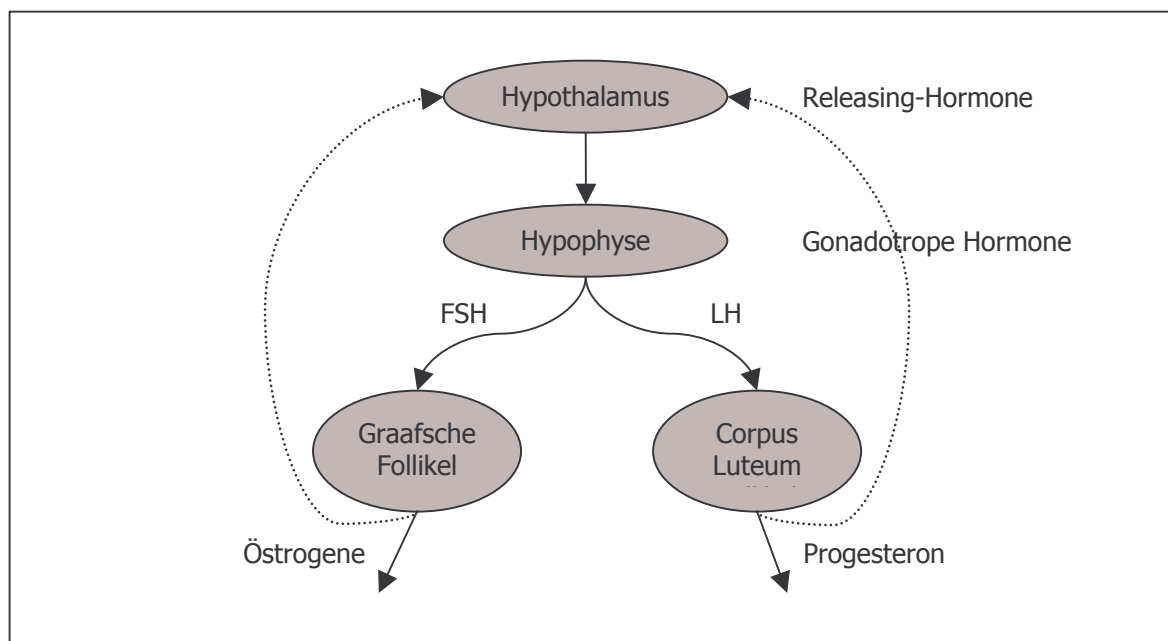


Abbildung 8: Die weiblichen Geschlechtshormone, vgl. Guttman, 1982, S. 141

Ausgangspunkt der zyklischen Veränderungen bei der Frau ist der Hypothalamus, dessen Nervenzellen Releasing-Faktoren produzieren, die die Sekretion von Gonadotropinen im Hypophysenvorderlappen kontrollieren. Die Gonadotropine FSH (Follikelstimulierendes

<sup>13</sup> WUV (Hrsg. Universitätsverlag der Hochschülerschaft and der Universität Wien GmbH, 1090 Wien, Berggasse 5). Skriptum Teil II zur Lehrveranstaltung „Biochemie“ nach einer Vorlesung von Univ.-Prof. Dr. E. Kaiser an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien.

Hormon) und LH (Luteinisierendes Hormon) steuern die zyklischen Veränderungen im Ovar. (Guttmann, 1982; Langman, 1989)

Das Follikelstimulierende Hormon (FSH) bewirkt die Entwicklung der Primärfollikel im Ovar zu den Graaf'schen Follikel und regt unter Miteinfluss des LH die Theka-Organen und wachsenden Follikel zur Abgabe der Östrogene an. Das Luteinisierende Hormon (LH) fördert den Follikelsprung (Ovulation) und leitet die Corpus-Luteum-Bildung ein. Das Corpus Luteum (Gelbkörper) gibt das Gestagen Progesteron ab.

Die Rückmeldung – damit schließt sich der beschriebene Regelkreislauf – erfolgt aus den peripheren endokrinen Drüsen zu Hypothalamus und Hypophyse hauptsächlich über den Blutweg.

### 3.2.3 Zyklusphasen

Da nach Literaturangaben, die wenigsten Frauen jedoch genau einen 28-Tage-Zyklus haben – nur 1% aller Frauen nach Saupe (1987) – und der Eisprung daher grundsätzlich nicht am 14. Tag stattfindet, dienen die folgenden Erläuterungen als Modell.

Der weibliche Zyklus – in Ovarialzyklus und Uteruszyklus getrennt – wird in verschiedene Phasen unterteilt. Im Anschluss soll auf den Ovarialzyklus näher eingegangen werden (Lamertz et al., 1998; Langman, 1989; Rötzer, 1999; Waldeyer, 1987):

- *Follikelreifungsphase* (1. bis 13. Tag, variabel): Mit dem Einsetzen der Monatsblutung fängt ein neuer Zyklus an. Mehrere Primärfollikel beginnen mit jedem Ovarialzyklus im Eierstock unter dem Einfluss von FSH zu wachsen und Östrogen zu produzieren. Von diesen Follikeln erreicht nur einer die volle Reife, der so genannte Graaf-Follikel, und nur eine Oozyte verlässt das Ovar, während die übrigen Follikel zugrunde gehen. Die Östrogenproduktion nimmt kontinuierlich zu bis zu seinem Maximalwert kurz vor dem Eisprung (siehe Abbildung 7). Gegen Ende der ersten Zyklushälfte steigen auch die Spiegel von FSH und LH an, um am Tag vor dem Eisprung ihren Gipfel zu erreichen. Das Progesteron bleibt niedrig, da der Gelbkörper noch nicht aktiv ist.

- In der Zyklusmitte (je nach Autor  $14 \pm 2$  Tage) erfolgt der Eisprung (Ovulation) oder *Follikelsprung*. Den letzten Anstoß zu diesem Ereignis gibt das Luteinisierende Hormon (LH). Unter dem Einfluss von LH entsteht nach der Ovulation aus dem gesprungenen Follikel das Corpus Luteum (Gelbkörper), welcher das Gestagen Progesteron produziert und freisetzt. Nachdem der Eisprung vorüber ist, schränkt die Hypophyse ihre LH-Abgabe wieder ein. Die Blutkonzentration von FSH, LH und Östrogen sinkt daraufhin (siehe Abbildung 7).
- *Gelbkörperphase* (Corpus-Luteum-Phase oder Lutealphase) ist die dritte Zyklusphase (17. bis etwa 28. Tag). Die Spiegel von FSH und LH bleiben niedrig, Östrogen erreicht einen zweiten Gipfel, das Progesteron steigt bis zum Maximalwert an (etwa neun Tage nach der Ovulation), um dann – sofern keine Schwangerschaft eintritt – wieder abzufallen (siehe Abbildung 7). In der Zeit zwischen Eisprung und Blutung wird ein weiteres wichtiges Hormon (Prolaktin, *pro* - für, *laktation* - Milchbildung) verstärkt von der Hypophyse (unter Steuerung des Hypothalamus) ausgeschüttet, welches u. a. an den Reifungsprozessen der Brust beteiligt ist, die in jedem Zyklus schubweise (und verstärkt während der Schwangerschaft) ablaufen. Die Corpus-Luteum-Zellen beginnen gegen Ende dieser Phase zu degenerieren und stellen nach etwa zwei Wochen ihre Tätigkeit ein. Der Progesteronspiegel fällt dramatisch ab und der Blutspiegel von Östrogen und Prolaktin wird deutlich niedriger. Da die Gebärmutter Schleimhaut sehr empfindlich auf diesen plötzlichen Hormonentzug reagiert, wird die Regelblutung ausgelöst – damit schließt sich der Kreislauf.

Die Gebärmutter(Uterus)schleimhaut unterliegt ebenfalls zyklischen Veränderungen, die entsprechenden Phasen sind kurz aufgezählt (Waldeyer, 1987, S. 334f):

- *Desquamationsphase*: Blutungsphase, Abstoßung der oberen Schleimhautschicht der Gebärmutter (Funktionalis) mit anschließender Regeneration, 1.-4. Tag.
- *Proliferationsphase*: Aufbau der Schleimhautschicht, „östrogene Phase“, 5.-15. Tag.
- *Sekretionsphase*: Umwandlung, „gestagene Phase“, 15.-28. Tag. Wenn es zu keiner Schwangerschaft kommt, beginnt der Zyklus wieder von neuem.

Aus gynäkologisch-endokrinologischer Sicht wird nach Springer-Kremser (1983) ein Menstruationszyklus unter folgenden Bedingungen als „normal“ definiert:

- Intervalle von 24-30 Tagen,
- das Vorhandensein einer Ovulation und
- eine normale Gelbkörperfunktion.

Bei der Suche nach einer Kontrollgruppe für eine Untersuchung an Frauen mit Zyklusstörungen stellte die Autorin fest, „wie schwierig es ist, Frauen zu finden, deren Zyklus dieser Definition von ‚normal‘ entspricht – oder zumindest die meiste Zeit ihrer reproduktiven Phase entsprochen hat“ (S. 60).

Blume (1986, S. 91) weist darauf hin, dass die Zyklen nicht nur stark von Frau zu Frau variieren, sondern es gibt auch bei ein und derselben Frau große zeitliche Schwankungen. Nach ihren Berichten, haben Untersuchungen ergeben, dass „bei etwa 70 Prozent aller Frauen im fruchtbaren Alter Zyklusschwankungen von mehr als acht Tagen die Regel und nicht die Ausnahme sind“.

Bezüglich dem Menstruationszyklus sollte noch erwähnt werden, dass ohne eine Frau etwas davon merken muss, in einem oder anderen Zyklus der Eisprung auch ganz ausbleiben kann (häufig während der Pubertät, vor der Menopause). In solchen *eisprunglosen (anovulatorischen) Zyklen* reift zwar ein Follikel heran und produziert Östrogene, aber das Ei kommt nicht zum Sprung. Die Folge ist, dass sich kein Gelbkörper entwickelt und Progesteron nicht produziert wird. Die Monatsblutung am Ende eines solchen Zyklus wird durch einen so genannten relativen Östrogenmangel ausgelöst, da die vorhandene Östrogenmenge irgendwann nicht mehr ausreicht, um die auf Östrogene angewiesene Gebärmutter Schleimhaut aufrechtzuerhalten. Solch eine Menstruation kann stärker, länger und schmerzhafter sein als sonst – verantwortlich sind nach Blume (1986, S. 92) meist akute Krankheiten oder Stress.

### **3.2.4 Exkurs: Zyklus und Pille**

Zur Schwangerschaftsverhütung wird u. a. die Pille als „künstlicher Ovulationshemmer“ eingesetzt. Dies beruht auf dem Prinzip der Unterdrückung des LH-Gipfels in der Zyklusmitte (siehe Abbildung 7), da nur eine Erhöhung des LH-Spiegels zum Sprung des

Graaf'schen Follikels führt. Durch orale Einnahme von Progesteron wird eine Schwangerschaft vorgetäuscht und so das Wachstum sowie die Ovulation weiterer Follikel unterdrückt. Die meisten Kontrazeptiva enthalten Östrogene und Gestagene (Skriptum Biochemie<sup>14</sup>). Durch die Gabe von Mischpräparaten sollen Nebenwirkungen vermindert und Zwischenblutungen verhindert werden (Langman, 1989). Die hormonelle Kontrazeption führt oft zu einer Verringerung der Blutungsmenge und einer Verkürzung der Blutungsdauer (Saupe, 1987; Voss, 1990).

### 3.3 Menstruation

Als Menstruation wird bei der geschlechtsreifen Frau die mit einer Blutung einhergehende, in regelmäßigen Abständen erfolgende Abstoßung der Gebärmutter Schleimhaut bezeichnet, sofern keine Befruchtung stattgefunden hat. Die Monatsblutung beginnt mit der Menarche im 10.-14. Lebensjahr und endet mit der Menopause zwischen 42.-54. (Dorsch et al., 2004)

Da nach Voss (1990) selten offen über die Menstruation gesprochen wird, werden meist Andeutungen oder Umschreibungen verwendet. Gebräuchlich sind Ausdrücke wie „Regel“ oder „Periode“, welche auf das regelhafte Wiederkehren des Vorganges hindeuten, aber auch die Beschreibung „die Tage haben“ ist üblich. „Negative“ Formulierungen wie etwa „Unwohlsein“ oder „Heimsuchung“ existieren ebenso wie die Umschreibung „der Besuch der Tante Rosa“. (Olbricht, 1993)

Obwohl mit der Regelblutung vielerorts negative Einstellungen verbunden sind, gibt es auch Traditionen, bei denen positive Gefühle, Stolz am Frausein und Glück über die Fruchtbarkeit mit der Menstruation assoziiert werden.

#### 3.3.1 Historisch

Wie bereits im Kapitel 3.1 beschrieben wurde, sind die biologischen Grundlagen der Menstruation erst seit Ende der zwanziger Jahre bekannt und der weibliche Zyklus war bis

---

<sup>14</sup> WUV (Hrsg. Universitätsverlag der Hochschülerschaft and der Universität Wien GmbH, 1090 Wien, Berggasse 5). Skriptum Teil II zur Lehrveranstaltung „Biochemie“ nach einer Vorlesung von Univ.-Prof. Dr. E. Kaiser an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien.

dahin ein unerklärliches Phänomen. So ist es nach Strauß und Appelt (1991, S. 43) nicht verwunderlich, dass „sich eine Menge stereotyper Vorstellungen, Mythen und Tabus um den Menstruationszyklus ranken, deren Ursprünge sich bis in die früheste Zeit zurückverfolgen lassen“. Die Menstruation wurde beispielsweise als Krankheit und Sündenfall, als schädlich und gefährlich betrachtet. Dem Blut selbst wurden aber auch magische Kräfte zugeschrieben (Olbricht, 1993; Springer-Kremser, 1991; Strauß & Appelt, 1991). Bei fast allen Völkern und Kulturen ist dieses Tabu in unterschiedlicher Ausprägung zu finden (Voss, 1990).

In der Literatur (Olbricht, 1993, S. 105; Springer-Kremser, 1991, S. 92) wird teilweise heute noch das Menstruationsblut mit „bedrohlichen bzw. zerstörerischen“ Aspekten in Verbindung gebracht, wie beispielsweise: Menstruierende Frauen lassen Milch sauer werden, Hefe- oder Brotteig nicht aufgehen, Marmelade beim Einkochen verderben, Samen nicht keimen – es geht meistens um das Verderben von Nahrungsmitteln, insbesondere von milchhaltigen. Um die vergrößerte Infektionsgefahr während der Menstruation zu reduzieren, sollen Frauen „sich deshalb drei Tage nicht waschen, auch nicht duschen oder baden. Auch die sexuelle Begegnung war deshalb verboten.“ (Olbricht, 1993, S. 105)

Springer-Kremser (1991, S. 92) beschreibt, dass in vielen primitiven Gesellschaften eine menstruierende Frau vom Alltagsleben des Stammes jeden Monat für einige Tage ausgeschlossen wurde. Sie durfte nicht kochen, anpflanzen oder ernten. Es war ihr auch untersagt mit ihrem Mann zusammen zu sein. Aber auch in manchen Religionen (wie Islam, Judentum, Hinduismus) wird die Menstruierende als „unreines Wesen“ angesehen.

In der heutigen Zeit ist in unserer Kultur die Menstruation „unsichtbar“ geworden. So sorgt die Industrie dafür, dass Frauen auch in den „kritischen“ Tagen alles „unbeschwert“ unternehmen können. Olbricht (1993) interpretiert dies einerseits als Erleichterung, gibt aber andererseits zu bedenken, dass damit die stillere Zeit der Menstruation, in der ein gewisser Rückzug zum eigenen Schutz oder Schonung möglich war, übergangen wird.

### **3.3.2 Menarche**

Bei Durchsicht der Literatur gilt als unbestritten, dass die erste Menstruation – die sog. Menarche – für junge (auch gut aufgeklärte) Mädchen ein einschneidendes Erlebnis darstellt. Nach Olbricht (1993, S. 71) wird die Menarche meist negativ erinnert: 50% aller Mädchen

lehnen die Menarche ab, 40% sind unsicher oder schämen sich und nur 10% freuen sich darüber. In einer anderen Untersuchung berichtet Appelt (1991, S. 30) über folgende Ergebnisse: 43% der Frauen reagierten mit Unsicherheit auf die Menarche, 33% waren überrascht, 28% stolz und 25% reagierten mit Schreck.

Springer-Kremser (1991, S. 93) schreibt hinsichtlich der Menarche, dass es keineswegs gleichgültig ist, in welcher Situation und mit welchem Informationsstand – über seinen Körper und dessen Funktionen – ein junges Mädchen von ihrer ersten Blutung betroffen wird. „Ob die erste Blutung verbunden ist mit Stolz, Freude und dem Gefühl ‚Sich Erwachsen-Fühlen‘ oder mit Beschämung, Verunsicherung, Verwirrung, wird dieses erste Erlebnis und die Erwartungshaltung gegenüber jeder nächsten Blutung beeinflussen.“

In der Pubertät verändert sich nicht nur der Körper (die biologischen Voraussetzungen), es werden dadurch andere, neue Signale vermittelt. Olbricht (1993, S. 70) berichtet ferner, dass je nach individueller Einstellung das „Fließen des Blutes“ als lustvolle, warme und angenehme Veränderung oder als unangenehmer, abgelehnter, auch gefürchteter Vorgang empfunden wird. Das jeweilige Erleben ist nach der Autorin für das Entstehen eines positiven oder negativen Körperbildes und in weiterer Folge des „Körper-Selbst-Bewusstseins“ entscheidend. Die Reaktionen der nahen Bezugspersonen und die Einflüsse der kulturell bedingten Normen sind hierbei ebenfalls von Bedeutung.

### **3.3.3 Menstruationserleben – Berliner Studie**

„Wie die Mutter, so die Tochter“ – solch eine Formulierung liest man bisweilen bezüglich der Einstellung zur Menstruation (Weigand, 1993).

Nach Springer-Kremser (1991) sind die jeweiligen Befindlichkeiten und Verhaltensmuster eng mit der individuellen Bedeutung verbunden, welche die Frau ihrer Menstruation zuschreibt. Die Autorin nennt einerseits den sozialen und kulturellen Kontext der Frau und andererseits das Erleben der Menarche sowie „die persönliche Psychodynamik, einschließlich aller Wünsche, Sehnsüchte und Befürchtungen, welche mit Weiblichkeit und Fruchtbarkeit verbunden sind“ als Determinanten (S. 92).



Nach Saupe (1987) gibt es über die psychische Bedeutung der Menstruation nur wenig Wissen. So wurde in einem mehrjährigen groß angelegten interdisziplinären Forschungsprojekt des Instituts für Medizinpsychologie in Berlin eine Studie zum Menstruationserleben durchgeführt. Die zentrale Fragestellung war dabei: „Wie gesunde, nicht in gynäkologischer Behandlung befindliche Frauen ihre Monatsblutung erleben“ (S. 6). Es wurde u. a. erforscht, welchen Stellenwert das Erleben der Menarche hat, wie und ob das Menstruationserleben den Alltag und die sexuellen Gewohnheiten beeinflusst. In diesem Rahmen wurde der „Berliner Fragebogen zum Erleben der Menstruation“ (FEM) – als erstes deutschsprachiges Forschungsinstrument mit fünf Faktoren – entwickelt (siehe dazu Kap. 4.4.3), welcher auch in dieser Untersuchung angewandt wurde. Das Konzept und die Ergebnisse hinsichtlich der Berliner Studie zum Menstruationserleben werden ausführlich bei Saupe (1987) dargestellt.

### **3.4 Prämenstruelles Syndrom (PMS)**

Bei vielen Frauen treten in Abhängigkeit von ihrem Menstruationszyklus somatische und psychische Veränderungen auf, welche nach Schwarzer und van der Ploeg (1987) fast immer als beeinträchtigend erlebt werden.

Die prämenstruelle Beeinträchtigung kann nach Reid und Yen (1981) grundsätzlich in Zyklen mit und ohne Eisprung auftreten. Die Symptome sind nach Bitzer (2008) unabhängig von Medikamenten und Hormoneinnahmen, Drogen oder Alkohol. So können nach Blume (1986) auch Frauen, die die Pille einnehmen oder bei denen aus anderen Gründen kein Eisprung stattfindet, unter sehr unterschiedlich ausgeprägten prämenstruellen Beschwerden leiden. Sobald die Monatsblutung einsetzt, verflüchtigen sich die Symptome – manchmal schlagartig. Seit über 60 Jahren wird ein solcher Veränderungstyp als „Prämenstruelles Syndrom“ (PMS) in der Literatur beschrieben und fand in den achtziger Jahren, wie Schwarzer und van der Plog (1987) aufzeigen, in einer Reihe von Untersuchungen besondere Beachtung.

Lamertz et al. (1998) berichten, dass fast zehn Prozent aller Frauen massiv Monat für Monat unter quälenden, belastenden körperlichen und psychischen Beschwerden in den Tagen vor ihrer Menstruation leiden. Dies geht u. a. soweit, dass sie an diesen Tagen unfähig sind, alltägliche Aufgaben zu erledigen und Kontakten nachzugehen. Die Autoren bemerken, dass dies zunächst allgemein als „Prämenstruelles Syndrom“ (PMS) benannt worden ist, hingegen wurde inzwischen für die besonders typische Ausprägung die Bezeichnung „Prämenstruelle Dysphorische Störung“ (PDS) eingeführt. (siehe Kap. 3.4.5)

### **3.4.1 Erklärung des Begriffes „Prämenstruelles Syndrom“ (PMS)**

Als „Prämenstruelles Syndrom“ (PMS) werden vereinfacht ausgedrückt jene Beschwerden bezeichnet, die regelmäßig in der zweiten Zyklusphase – vor Beginn der Blutung – des weiblichen Menstruationszyklus auftreten.

Im psychologischen Wörterbuch nach Dorsch et al. (2004) wird „PMS“ als „körperliche und psychische Veränderungen unterschiedlicher Intensität ca. 7-10 Tage vor dem Einsetzen der Menstruation“ definiert. Auch Lamertz et al. (1998) gibt als Zeitraum sieben bis zehn Tage vor dem Eintreten der Monatsblutung an. Schwarzer und van der Ploeg (1987, S. 237) betrachten als kennzeichnend für das „PMS“: „das Auftreten von Beschwerden in der zweiten Zyklushälfte, vor allem in den letzten vier Tagen vor Beginn der Blutung. Danach klingen die Symptome wieder ab.“ Als Dauer der prämenstruellen Beschwerden schreibt Blume (1986, S. 16) hingegen: Bei manchen Frauen tauchen sie nur für 24 Stunden auf, andere spüren sie ein bis zwei Wochen.

Schon in den 30er Jahren beschrieb der New Yorker Hormonforscher Frank „einen Zustand, in dem eine große Zahl von Frauen kurz vor ihrer Periode aus nichtigen Anlässen buchstäblich ‚aus der Haut fahren‘ möchten oder traurig und lethargisch sind“ (Blume, 1986, S. 12). Seine detaillierte Beobachtung – eine Vielzahl von prämenstruell auftretenden körperlichen und psychischen Beschwerden – stieß zunächst auf keine große Resonanz. Er nannte dieses Phänomen „Premenstrual Tension“ (Prämenstruelle Spannung), welches als Randthema dennoch in die gynäkologischen Lehrbücher aufgenommen wurde.

Mitte der fünfziger Jahre beschäftigte sich dann die britische Ärztin Dalton intensiv mit diesem Phänomen, publizierte das erste größere Werk zu diesem Thema und eröffnete sogar eine Spezialklinik zur Behandlung prämenstrueller Beschwerden. Sie führte den Begriff „Prämenstruelles Syndrom“ (PMS) ein, da ein Syndrom ein Zusammentreffen von mehreren, gleichzeitig auftretenden Krankheitszeichen darstellt, und vermutete hormonelle Ursachen (Blume, 1986).

Die medizinische Literatur folgte dieser Umbenennung, wobei es allerdings einige Mediziner gibt, die lieber den neutraleren Begriff „Prämenstruelle Veränderungen“ (Blume, 1986) verwenden. Das Wort Syndrom impliziert deren Meinung nach in unzulässiger Weise, dass prämenstruelle Befindlichkeitsstörungen grundsätzlich Krankheitszeichen sind.

Der Sammelbegriff „Perimenstruelle Symptome“ oder „Perimenstruelles Syndrom“ wird für zyklusabhängige Beschwerden in der prämenstruellen und menstruellen Phase nach Logue und Moos (1986) verwendet, weil ein Teil der prämenstruell auftretenden Beschwerden nicht zu Beginn der Blutung schlagartig aufhören, sondern noch während der Blutungsphase fortbestehen (Saupe, 1987).

### **3.4.2 Symptome**

Kennzeichnend sind wie bereits erwähnt eine Vielzahl von einerseits psychischen Beschwerden (insbesondere depressive Stimmung, ängstliche Anspannung, Stimmungs-labilität und Reizbarkeit) und andererseits somatischen Symptomen, welche unter dem Begriff des „Prämenstruellen Syndroms“ (PMS) zusammengefasst werden.

Im Anschluss sollen einige typische Beschwerden angeführt werden, wobei die Auflistung keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt, da in der medizinischen Literatur mehr als 150 verschiedene Einzelercheinungen dokumentiert sind (Bitzer, 2008; Blume, 1986; Breckwoldt & Zahradnik, 1989; Olbricht, 1993; Schwarzer & van der Ploeg, 1987).

- 
- *Zu den typischen körperlichen Beschwerden zählen:*
- Anschwellen, Schmerzen und Berührungsempfindlichkeit der Brüste
  - Gewichtszunahme
  - Wassereinlagerungen (Ödeme) in den Beinen, Händen und im Gesicht
  - Kopfschmerzen und verstärkte Migräneneigung
  - Druck- und Völlegefühl im Bauch
  - Verdauungsprobleme, wie Blähungen und Verstopfung
  - plötzlicher Heißhunger, gesteigerter oder verminderter Appetit
  - Rücken- und Unterleibsschmerzen
  - Hautunreinheiten.
- *Als die häufigsten psychischen Beschwerden werden genannt:*
- Depressionen, depressive Verstimmung und Traurigkeit
  - gesteigerte Aggressivität und Reizbarkeit, Wutausbrüche
  - Ruhelosigkeit
  - Stimmungslabilität, Weinerlichkeit
  - Angst- und Panikgefühle
  - Müdigkeit und Lustlosigkeit
  - stärkere Irritierbarkeit
  - verstärkte Minderwertigkeitsgefühle
  - Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit
  - herabgesetzte Leistungsfähigkeit
  - Schlafstörungen
  - Abgeschlagenheit und Erschöpfungszustände
  - Unfallneigung
  - Veränderungen des sexuellen Interesses
  - Verhaltensänderungen in der Familie und anderen Lebensbereichen.

Um eine gesicherte Diagnose „PMS“ stellen zu können, muss nach Lamertz et al. (1998, S. 8) nachgewiesen sein, dass die „Beschwerden stabil und regelhaft nur in bestimmten Phasen des Menstruationszyklus auftreten und danach wieder abklingen.“

Schwarzer und van der Ploeg (1987) betonen, dass die diagnostische Erfassung des „PMS“ entweder aufgrund von klinischen Interviews oder aufgrund von Symptomlisten erfolgt. Nach den Autoren ist das am meisten verbreitete Verfahren zur Bestimmung des „PMS“ der Menstrual Distress Questionnaire (MDQ) von Moos (1968).

Nach Blume (1986, S. 14) sind einige Frauen in dieser Zeit krankheitsanfälliger, Allergien treten verstärkt auf und bereits vorhandene Krankheiten können sich vorübergehend verschlechtern. Aber auch Heißhungerattacken und „abnorme“ Essgelüste werden genannt. Shreeve (1990, S. 36) vermutet, dass durch das Absinken des Blutzuckerspiegels in der prämenstruellen Phase, diese „unheimliche Gier nach Süßigkeiten, der viele Frauen nachgeben!“ entsteht. Logue (1995, S. 384) schreibt grundsätzlich, dass mit dem Menstruationszyklus häufig Veränderungen in der Ernährung verbunden sind, wobei diese Beeinflussung auch umgekehrt möglich ist: „Was eine Frau isst, kann den Menstruationszyklus beeinflussen.“ Die Autorin zitiert einige Untersuchungen, in welchen viele Frauen kurz vor der Menstruation ein starkes Verlangen nach bestimmten Nahrungs-mitteln (insbesondere kohlenhydrathaltige und kalorienreiche) und/oder Schokolade erleben. Eine Erklärung beruht ihrerseits auf der Tatsache, dass der Grundumsatz in der Gelbkörperphase signifikant erhöht ist und die Frauen dadurch einen höheren Kalorien-verbrauch haben. Vergleiche zwischen der Follikel- und Gelbkörperphase zeigten, dass während der Corpus-Luteum-Phase der Energieverbrauch 8 bis 20% höher ist, jedoch 20 bis 30% mehr Kalorien zugeführt werden (Logue, 1995, S. 386).

Zu erwähnen ist außerdem, dass die Beschwerden nicht nur stark zwischen betroffenen Frauen variieren, sondern von Zyklus zu Zyklus bei ein und derselben Frau verschieden ausgeprägt sein können (Freedman, 1988). „Diese [die Symptome] treten nicht unbedingt in jedem Zyklus, doch bei der Mehrheit der Zyklen auf. In manchen Monaten können die Symptome schlimmer sein als in anderen.“ (Saß et al., 2003, S. 845)

### **3.4.3 Häufigkeit und Alter**

Schwarzer und van der Ploeg (1987, S. 237) betonen, dass die *Prävalenz* des „PMS“ angesichts der nicht eindeutig vereinbarten Problemdefinition nicht bestimmt werden kann. Epidemiologische Untersuchungen ergaben in Abhängigkeit von Alter und

kultureller Herkunft der Frauen Schätzungen, welche zwischen 25 und 95% liegen. Eine schwedischen Prävalenzstudie (n=1083) kam beispielsweise zu folgenden Ergebnissen: 2-3% der Frauen leiden an schweren prämenstruellen Symptomen, während 70% leichtere ‚emotionale und körperliche Veränderungen vor und während der Menstruation‘ angaben (Andersch, 1980, zitiert nach Strauß & Appelt, 1991). Eine Zusammenfassung der einschlägigen Forschungsliteratur findet sich u. a. bei Logue und Moos (1986).

Da nur 18% der Frauen im geschlechtsreifen Alter nach einer Fragebogenerhebung bei rund 1200 Studentinnen (Cerutti, 1982, zitiert nach Rechenberger, 1989), keinerlei prämenstruelle Beschwerden angaben, können gewisse Schwankungen des Wohlbefindens im Monatszyklus der Frau wohl als physiologisch angesehen werden.

Nach Zahradnik (2004) treten bei 80 Prozent aller Frauen prämenstruelle psychische und physische Veränderungen auf, ohne dass sie zwangsläufig dem „PMS“ zugeordnet werden müssten, leichte Formen des „PMS“ sind bei 20 bis 30% aller Frauen vorhanden und deutliche Beeinträchtigungen des Alltags (siehe Kap. 3.4.5) finden sich bei 2,5-5% der Frauen. Nach einer sorgfältigen Analyse vorliegender Forschungsergebnisse nach Logue und Moos (1986) sind zumindest 40% aller Frauen von gering ausgeprägten (leichten bis mäßigen) perimenstruellen Beschwerden betroffen, die keine wesentliche Auswirkungen auf den Alltag haben. Unter schwerwiegenden Beeinträchtigungen leiden nach ihren Angaben hingegen 2-10% aller Frauen.

Nach *positiven* perimenstruellen Veränderungen wurde eher selten gefragt. Logue und Moos (1988) erwähnen bei 5-15% aller Frauen positive perimenstruelle Veränderungen. Etwa 10% aller Frauen fühlen sich nach Blume (1986, S. 13) vor ihrer Regel nicht anders als sonst, während andere 10% diese Tage als besonders positiv erleben: „Sie sind gut gelaunt, empfinden sich als geistig und körperlich leistungsfähiger und sind sehr aktiv.“

Zusammenfassend beschreiben einige Autoren (Logue & Moos, 1986; Strauß & Appelt, 1991), dass körperliche Beschwerden wie Unterleibschmerzen oder Rückenschmerzen während der Menstruation mit Abstand am häufigsten zu finden sind, hingegen treten vor der Menstruation negative Stimmungsänderungen und Reizbarkeit am häufigsten auf.

Erwähnenswert ist ferner, dass Frauen mit langer und starker Blutungsdauer über mehr perimenstruelle Symptome berichten und hingegen Frauen, die die Pille nehmen, zu weniger Symptomen tendieren (Logue & Moos, 1986).

Im Hinblick auf das *Alter* schreiben die Autoren (Logue & Moos, 1986; Saupe, 1987) einheitlich, dass menstruelle Symptome eher bei jüngeren Frauen auftreten, ältere Frauen berichten mehr über prämenstruelle Symptome. Nach Saß et al. (2003) können prämenstruelle Beschwerden in jedem Alter nach der Menarche einsetzen. Haenggi-Bally berichtet 2007, dass „PMS“ vorzugsweise bei Frauen über 30 Jahren auftritt.

Ob und wie intensiv Veränderungen oder Beschwerden hinsichtlich der Befindlichkeit jeweils auftreten, wie diese individuell wahrgenommen und bewertet werden, das variiert nach Blume (1986) von Frau zu Frau. Australische Forscher haben diesbezüglich festgestellt, dass „Frauen, die in einer Befragung angaben, unter PMS zu leiden, annähernd die gleichen körperlichen und seelischen Befindlichkeitsveränderungen durchmachten wie Frauen, die der Ansicht waren, PMS nicht zu haben.“ (Dawood, McGuire & Demers, 1985, zitiert nach Blume, 1986, S. 15)

*Es ist also schwierig, exakt und objektiv zu ermessen, welchen individuellen Stellenwert und welche Auswirkungen prämenstruelle Veränderungen im Leben von Frauen haben, bzw. wie sehr sie sich dadurch bereichert, belästigt oder beeinträchtigt fühlen. Wie gereizt oder deprimiert sie sind und wie unangenehm sie Brustspannen oder Abgeschlagenheit empfinden, kann niemand wirklich mitfühlen. Das wissen nur sie selbst, und deshalb ist letztendlich auch nur die individuelle Empfindung das Maß für das Ausmaß der monatlichen Beschwerden. (Blume, 1986, S. 15)*

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bei manchen Frauen Stimmungs- und Verhaltensänderungen neben körperlichen Beeinträchtigungen mit dem Menstruationszyklus verbunden sind. Da jedoch der jeweils subjektiv erlebte Zugang entscheidend ist, soll folgendes Zitat nicht unerwähnt bleiben: „Für die meisten Frauen sind die vormenstruellen Beschwerden zwar lästig und auch manchmal unangenehm. Aber sie betrachten sie doch als einen normalen Bestandteil ihres Lebens. Sie arrangieren sich damit, und vielen gelingt es auch, sie als eine Bestätigung für das Funktionieren ihres Zyklus, als eine Bestätigung ihrer Weiblichkeit anzusehen.“ (Blume, 1986, S. 16)

### 3.4.4 Suche nach den Ursachen und deren Behandlung

Eine Unausgewogenheit im Hormonhaushalt, hat viele Mediziner dazu bewogen, die Pille für ein geeignetes Mittel gegen prämenstruelle Beschwerden zu halten (Blume, 1986). Lange Zeit wurde das Verhältnis der Geschlechtshormone Progesteron und Östrogen als alleinige Ursache vermutet (Haenggi-Bally, 2007).

Lamertz et al. (1998, S. 29) berichten, dass bislang nicht eindeutig nachgewiesen werden konnte, dass „sich der Hormonspiegel von Frauen mit PMS von denen ohne PMS unterscheidet“. Ebenfalls erwähnen die Autoren, dass bei manchen Frauen orale Verhütungsmittel oder die Einnahme anderer Hormonpräparate aufgetretene „PMS“-Beschwerden lindern, hingegen führt gerade die Einnahme von Hormonen bei anderen Frauen zu einer Verschlechterung der Symptome (S. 30).

Es gibt verschiedene Theorien, welche versuchen, „diese ‚Krankheit‘ zu erklären und dadurch erforschbar und behandelbar zu machen“ (Olbricht, 1993, S. 110). Als mögliche *Ursachen* für prämenstruelle Beschwerden werden aus biologischer Sicht u. a. genannt: ein Ungleichgewicht zwischen Östrogen und Progesteron, eine Rezeptorschwäche für körpereigene Hormone, Erhöhung anderer Hormone wie Prolaktin oder Androgene, veränderter Neurotransmitterstoffwechsel (insbesondere von Serotonin und Dopamin), Störungen des Schilddrüsensystems, Mangel an essentiellen Fettsäuren, Magnesiummangel, Vitaminmangel usw. (Breckwoldt & Zahradnik, 1989; Lamertz et al., 1998; Olbricht, 1993; Shreeve, 1990).

Viele dieser Faktoren wurden als mögliche entscheidende Ursachen bereits untersucht und mit entsprechenden Therapieansätzen überprüft. Mittlerweile wird nach Haenggi-Bally (2007) von vielen Experten vermutet, dass ein Zusammenwirken mehrerer Faktoren zu den Beschwerden beiträgt. „Die Suche nach einer einzigen, womöglich ausschließlich organischen Ursache, die sich ähnlich wie die Erreger einer Infektionskrankheit bei allen Betroffenen gleichermaßen nachweisen ließe, ist bisher erfolglos geblieben“ (Blume, 1986, S. 95).



Gritzner (1996, S. 21) schreibt in ihrer Diplomarbeit zum Thema „Prämenstruelle Veränderungen“ betreffend möglicher Ursachen: „Fest steht eigentlich nur, daß es bis jetzt keine einzige allgemein gültige biologische Erklärung für prämenstruelle Beschwerden gibt“. Neben biologischen Theorien wird auch nach psychologischen Erklärungsansätzen für die Entstehung eines „Prämenstruellen Syndroms“ gesucht, wobei in diesem Zusammenhang Faktoren wie „Stress“, „Neurotizismus“, „Ängstlichkeit“ oder „Einstellung zur Menstruation“ diskutiert werden.

Schwarzer und van der Ploeg (1987, S. 237) berichten zusammenfassend: Die Ätiologie bleibt trotz zahlreicher klinischer Studien weiterhin unklar. „Mögliche biologische und psychosoziale Ursachen werden angeführt, jedoch gibt es keine durchschlagenden Befunde, die empirische Nachweise für isolierte Kausalfaktoren liefern.“

Nach Haenggi-Bally (2007) kann zur Prävention ein sog. PMS-Kalender hilfreich sein, der über mehrere Monate täglich geführt und Zusammenhänge mit dem Zyklusverlauf vermuten lässt. Einigen Frauen dürfte die Erkenntnis, dass es sich bei prämenstruellen Beschwerden um ein zyklisch wiederkehrendes Phänomen handelt helfen und so formuliert Nuber (1991, S. 31) sehr treffend: „Für viele Frauen war die ‚Entdeckung‘ des PMS eine große Erleichterung, fühlten sie sich doch endlich ernst genommen. Und vor allem hatten sie auch für sich selbst eine entlastende Erklärung für ihre Stimmungsschwankungen.“ Am Buchmarkt können betroffene Frauen mit Hilfe von Ratgebern entsprechende Informationen finden (beispielsweise Lamertz et al., 1998; Shreeve, 1990).

Die *Behandlung* des „PMS“ erfolgt einerseits durch Psychotherapie, auf der anderen Seite werden Psychopharmaka (wie Antidepressiva, Tranquilizer) sowie andere Medikamente (Hormonpräparate, Vitamine usw.) verordnet, die entweder einen Mangel oder einen Überschuss im Körper ausgleichen sollen (Lamertz et al., 1998; Schwarzer & van der Ploeg, 1987; Zahradnik & Breckwoldt, 1989). Die Therapieeffekte sind nach Schwarzer und van der Ploeg (1987) widersprüchlich und in vielen Fällen erwiesen sich auch Placebos als hilfreich. Haenggi-Bally (2007) bemerkt ebenfalls, dass die medikamentöse Behandlung generell umstritten ist und betont, welche große Rolle die Psyche spielt.

### 3.4.5 Prämenstruelle dysphorische Störung

Der Anhang B des DSM-IV enthält eine Anzahl von Vorschlägen für neue Kategorien und Achsen – so genannte Forschungskriterien – u. a. auch die prämenstruelle dysphorische Störung, die für eine mögliche Aufnahme in das DSM-IV genannt wurde. Die DSM-IV-Beratungsgremien entschieden nach einer sorgfältigen empirischen Überprüfung, dass der bisherige Informationsstand nicht ausreicht, um die Aufnahme in das DSM-IV offiziell zu rechtfertigen (nach APA, dt. Fassung DSM-IV-TR von Saß et al., 2003).

Etwaige vorübergehende Stimmungsänderungen, die viele Frauen um die Zeit ihrer Periode erleben, sollten nicht als psychische Störung eingestuft werden. „Die prämenstruelle dysphorische Störung sollte nur dann in Betracht kommen, wenn die Symptome deutlich die Arbeit oder den Schulbesuch oder gewöhnliche soziale Aktivitäten und Beziehungen zu anderen beeinträchtigen“ (Saß et al., 2003, S. 845). Die Autoren schätzen, dass mindestens 75% der Frauen von leichteren oder vereinzelt prämenstruellen Veränderungen berichten und 3 bis 5% der Frauen erleben ihrerseits Symptome, welche die Kriterien für die hier vorgeschlagene Störung erfüllen können.

Mittels Durchführung von prospektiven täglichen Symptomeinschätzungen über einen Zeitraum von mindestens zwei Monaten und durch die nachstehenden strikten Forschungskriterien (siehe Abbildung 9) kann die prämenstruelle dysphorische Störung von dem viel häufigeren „Prämenstruellen Syndrom“ unterschieden werden. „Es unterscheidet sich vom ‚prämenstruellen Syndrom‘ durch sein charakteristisches Muster von Symptomen, deren Schweregrad und die resultierende Beeinträchtigung.“ (Saß et al., 2003, S. 845f)

### **Forschungskriterien für die prämenstruelle dysphorische Störung**

- A. Während der meisten Menstruationszyklen des vergangenen Jahres bestanden fünf (oder mehr) der folgenden Symptome über die meiste Zeit während der letzten Woche der Lutealphase, bildeten sich innerhalb weniger Tage nach dem Einsetzen der Follikelphase zurück und fehlten in der Woche nach den Menses, wobei mindestens eines der Symptome (1), (2), (3) oder (4) vorhanden war:
- (1) deutlich depressive Verstimmung, Gefühle der Hoffnungslosigkeit oder selbstherabsetzende Gedanken,
  - (2) deutliche Angst, Spannung; Gefühle, gereizt oder gespannt zu sein,
  - (3) deutliche Affektlabilität (z. B. sich plötzlich traurig fühlen, weinen oder gesteigerte Empfindlichkeit gegenüber Zurückweisungen),
  - (4) andauernde und deutliche Wut oder Reizbarkeit oder vermehrte zwischenmenschliche Konflikte,
  - (5) abnehmendes Interesse an üblichen Aktivitäten (z. B. Arbeit, Schule, Freunde, Hobbys),
  - (6) subjektives Gefühl von Konzentrationsschwierigkeiten,
  - (7) Lethargie, leichte Ermüdbarkeit oder deutlicher Energieverlust,
  - (8) deutliche Veränderungen des Appetits, Essen über den Hunger oder ein Verlangen nach bestimmten Lebensmitteln,
  - (9) Hypersomnie oder Insomnie,
  - (10) das subjektive Gefühl des Überwältigtseins oder außer Kontrolle zu geraten,
  - (11) andere körperliche Symptome wie Brustempfindlichkeit oder -schwellung, Kopfschmerzen, Gelenk- oder Muskelschmerzen oder sich „aufgedunsen“ fühlen, Gewichtszunahme.
- Beachte: Bei menstruierenden Frauen entspricht die Lutealphase der Periode zwischen der Ovulation und dem Beginn der Menses und die Follikelphase beginnt mit der Menses. ...
- B. Das Störungsbild interferiert deutlich mit der Arbeits- oder Schulleistung oder gewöhnlichen sozialen Aktivitäten und Beziehungen zu anderen (z. B. Vermeidung sozialer Aktivitäten, herabgesetzte Produktivität und Effektivität bei der Arbeit oder in der Schule).
- C. Das Störungsbild ist nicht nur eine Exazerbation der Symptome einer anderen Störung, wie z. B. einer Major Depression, einer Panikstörung, einer Dysthymen Störung oder einer Persönlichkeitsstörung (obwohl es jede der genannten Störungen überlagern kann).
- D. Die Kriterien A, B und C müssen durch prospektive tägliche Einschätzungen während der letzten zwei aufeinanderfolgenden symptomatischen Zyklen bestätigt werden (die Diagnose kann provisorisch vor dieser Bestätigung gestellt werden).

Abbildung 9: Forschungskriterien für prämenstruelle dysphorische Störung nach DSM-IV, nach APA, dt. Übers. von Saß et al., 2003, S. 846f

### 3.5 Befindlichkeitsveränderungen im Zyklusverlauf

Bei Durchsicht der Literatur finden sich einige Untersuchungen bezüglich psychischer Veränderungen während des Menstruationszyklus. Im Anschluss sollen mögliche Untersuchungsansätze kurz erläutern und über ein paar interessante Forschungsergebnisse berichtet werden.

#### 3.5.1 Untersuchungsansätze

Zur Erfassung von Veränderungen der Stimmung und des Verhaltens im Verlauf des Menstruationszyklus gibt es im Wesentlichen drei Untersuchungsmethoden, welche jedoch alle mit Problemen behaftet sind (Strauß & Appelt, 1991, S. 38; Strauß, Bonetti, Hüsmert & Zepter, 1990, S. 10f):

- Bei vielen älteren Studien wurden überwiegend *retrospektive Befragungen* durchgeführt beispielsweise von Moos im Jahr 1968, deren Validität und Zuverlässigkeit in diesem Kontext eingeschränkt sind. Strauß et al. (1990, S. 10) zitieren einige Untersuchungen, welche erhebliche Diskrepanzen zwischen retrospektiven und *prospektiven* Untersuchungsansätzen aufzeigen, wobei die Überlegenheit auf prospektive Methoden hindeutet.
- Die Erhebung mittels *täglichen* Selbsteinschätzungen und Messungen ist ein zweiter methodischer Ansatz. Es werden allerdings meist nur *bestimmte Zyklusphasen* für statistische Analysen ausgewählt oder nur Phasenmittelwerte für weitere Analysen berücksichtigt (wie von Schwarzer & van der Ploeg, 1987). Über den Verlauf psychologischer Veränderungen gehen durch die begrenzte Anzahl von Erhebungszeitpunkten sicherlich wesentliche Informationen verloren.
- Die dritte Untersuchungsmethode besteht in der Erhebung und Analyse von *täglichen Messungen über einen oder mehrere gesamte Zyklen* (Strauß & Appelt, 1985; Strauß et al., 1990). Beispielsweise wird hier mit standardisierten Tagebuchaufzeichnungen und Symptomlisten gearbeitet, welche einzelfallorientiert ausgewertet werden. Diese Methode erscheint besser geeignet, um tatsächliche Veränderungen zu erfassen. Da solche Längsschnittstudien (oft über mehrere Zyklen) jedoch sehr aufwendig sind, werden sie am seltensten angewendet.

### 3.5.2 Kritik und einige Forschungsergebnisse

Nach McGrath (1993) sind Untersuchungen zum Menstruationszyklus extrem komplex und schwierig. Bei einmaligen retrospektiven Erhebungen werden vermutlich reale Veränderungen mit generalisierten Erfahrungen und erlernten Einstellungen sowie Vorstellungen über den Menstruationszyklus vermischt (Strauß & Appelt, 1991, S. 38).

Eine Erhebung von Hamilton et al. (1985, zitiert nach McGrath, 1993, S. 34) ergab, dass nur bei 20 bis 50% derjenigen Frauen, welche retrospektiv über prämenstruelle Beschwerden berichtet hatten, diese Beschwerden tatsächlich auch mittels täglichen Aufzeichnungen registriert wurden. Nolen-Hoeksema (1990, zitiert nach Kühner, 2001, S. 179) bemerkt ebenfalls, dass „solche erinnerte Einschätzungen kaum Übereinstimmung mit aktuellen Symptomschilderungen während der prämenstruellen Phase aufweisen“.

In der Studie von Strauß et al. (1990, S. 25) wurde der Menstrual Distress Questionnaire (Moos, 1968) in einer deutschen Fassung angewendet, „insbesondere um zu prüfen, ob es Übereinstimmungen gibt zwischen der darin abgegebenen retrospektiven Einschätzung von menstruationsgebundenen Symptomen und Beschwerden und den (prospektiven) Tagebuchbeurteilungen“. Das Resultat konnte neuerlich die bereits erwähnte Diskrepanz zwischen den beiden Erhebungsformen über menstruationsbezogene Veränderungen der Befindlichkeit bestätigen.

In einem interessanten Experiment aus dem Jahr 1977 von Ruble (zitiert nach Strauß & Appelt, 1991) wurden Frauen Fehlinformationen über die jeweilige Zyklusphase gegeben, was bemerkenswerte Folgen hatte: Frauen in der (falschen) Annahme, ihre Menstruation würde bevorstehen, berichteten deutlich häufiger von körperlichen Symptomen und negativen Stimmungsänderungen als Frauen, die dazu keine Informationen hatten. Spätere Studien – beispielsweise bei Kühner (2001) aufgelistet – konnten ebenfalls belegen, dass die Einstellung zur Menstruation experimentell manipuliert werden kann.

Asso (1983) kommentiert als Zusammenfassung der durchgeführten Untersuchungen hinsichtlich der Stimmungs- und Befindlichkeitsveränderungen:

*Prämenstruell treten Veränderungen der Stimmung auf, die eher negativ sind. Die Menstruation ist demgegenüber durch eine Verbesserung der negativen Stimmung gekennzeichnet, in manchen Studien aber auch durch ein Anhalten negativer Gefühle, was möglicherweise von körperlichen Symptomen und kulturell bedingten menstruellen Praktiken abhängt. Die Mitte des Zyklus schließlich wurde in einigen Fällen durch positive Stimmungen und Gefühle charakterisiert. (dt. Übers. nach Strauß & Appelt, 1991, S. 42f)*

Haenggi-Bally (2007) betont ebenfalls, dass depressive und ängstliche Verstimmungen hauptsächlich in der Lutealphase auftreten, während sich in der Follikelphase häufiger eine körperliche und seelische Hochform abzeichnet.

Aufgrund der Ergebnisse einer einzelfallstatistischen Analyse standardisierter Tagebuchaufzeichnungen über einen Beobachtungszeitraum von durchschnittlich 159 Tagen (3-6 komplette Menstruationszyklen) von Strauß und Appelt im Jahr 1985 konnte gezeigt werden, „wie unterschiedlich die gefundenen Phasenunterschiede für die einzelnen Personen [n=14] ausfallen und daß keine pauschalen Aussagen über zyklische Veränderungen von Befindlichkeit und Sexualität während des Menstruationszyklus möglich sind“ (S. 29). Die Ergebnisse weisen auf ausgeprägte interindividuelle Unterschiede in der täglichen Selbstwahrnehmung hinsichtlich der Stimmung und dem sexuellem Verhalten hin.

Aber auch das Hintergrundwissen, dass der Menstruationszyklus Gegenstand einer Studie ist, hat Auswirkungen, wie Englander-Golden, Whitmore und Dienstbier (1978, zitiert nach Strauß et al., 1987, S. 175) zeigen konnten: Das Bewusstsein beeinflusste die Selbstbeschreibungen von Frauen deutlich und führte eher zu zyklusabhängigen Verhaltens- und Stimmungsmustern.

Mittels Zustandsmessungen (beispielsweise von Angst, Ärger und Depression) wurde in einigen Untersuchungen versucht, auf statistische Zusammenhänge mit perimenstruellen Beschwerden hinzuweisen. Beispielsweise soll die Studie von 841 holländischen Frauen von Schwarzer und van der Ploeg (1987) erwähnt werden, wobei von den Autoren selbst kritisiert wird, dass von einem Standardzyklus von 28 Tagen ausgegangen wurde. Bei der Gruppe „schwere PMS-Fälle“ wurde ein sehr starkes Ansteigen von Angst, Ärger und Depression über

die vier Messzeitpunkte beschrieben, wobei der höchste Wert am 26. Tag lag. Guggenberger-Frötscher (1994) kam in ihrer Diplomarbeit hingegen zu dem Resultat, dass das Ärgererleben bzw. die Ärgerbewältigung für das Auftreten von prämenstruellen Beschwerden kaum eine Bedeutung hat.

Zusammenfassend kann vermutet werden, dass die individuellen Einflüsse der einzelnen Faktoren auf das Menstruationserleben und die subjektive Wahrnehmung von prämenstruellen und menstruellen Veränderungen die unterschiedlichen Ergebnisse begründen könnten. Strauß und Appelt (1991, S. 45) schreiben schlussfolgernd:

*Wie bei anderen körperlichen Vorgängen, ist es bei einem so komplexen Geschehen wie es der Menstruationszyklus, trotz aller Vorhersagbarkeit, darstellt, nicht zu erwarten, daß psychologisch-somatische Zusammenhänge einfach, überschaubar und allgemein gültig sind.*

## 4 Darstellung der Untersuchung

### 4.1 Zielsetzung und Fragestellungen

Wie bereits im theoretischen Teil dargestellt wurde, finden sich in der Literatur zahlreiche Hinweise auf somatische und psychische Veränderungen im Laufe des Menstruationszyklus. Schwarzer und van der Ploeg (1987) konnten u. a. zeigen, dass insbesondere in den letzten vier Tagen des Zyklus – in der so genannten prämenstruellen Phase – die stärksten Befindlichkeitsbeeinträchtigungen auftreten. Diese Befindlichkeitsveränderungen wurden in den durchgeführten Studien entweder retrospektiv oder mittels täglichen Selbsteinschätzungen über den Menstruationszyklus beschrieben.

Bei der deutschen Neukonstruktion des Einstellungsfragebogens „Menstrual Attitude Questionnaire“ (MAQ) konnten Strauß et al. (1987) beispielsweise belegen, dass Frauen, die mit ihrem Zyklus Probleme haben, die Menstruation weniger positiv sehen, deren Auswirkungen weniger leugnen, sowie vermehrt Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit und der psychischen Befindlichkeit beschreiben.

Bei einem Teil von Alkoholikerinnen hingegen wurde vor allem in älteren recherchierten Untersuchungen der erhöhte Alkoholkonsum in der prämenstruellen Phase dokumentiert (Belfer et al., 1971; Beckmann, 1979, Allen, 1996).

Diese Untersuchung soll versuchen, eine diesbezügliche Querverbindung aufzuzeigen, wie auf der einen Seite Alkoholikerinnen ihre Menstruation erleben und welche Einstellung sie mit ihrer Menstruation verbinden. Auf der anderen Seite soll der Frage nachgegangen werden, ob die befragten alkoholabhängigen Frauen subjektiv einen Zusammenhang hinsichtlich ihrem Trinkverhalten und ihrem Menstruationszyklus sehen.

In der durchgeführten Untersuchung stehen folgende *Zielsetzungen* im Vordergrund: Zum einen dient die Untersuchung zur Beschreibung des Menstruationserlebens bei abstinenten und stationär aufgenommenen Alkoholikerinnen. Ein Vergleich zwischen den verschieden ausgeprägten Beschwerdeguppen soll etwaige Unterschiede aufzeigen. Für diesen Vergleich



wurden die Patientinnen gemäß ihrer subjektiven Einschätzung des Schweregrades ihrer prämenstruellen Beschwerden in nachstehende Gruppen aufgeteilt: Gruppe 1 „keine Beschwerden vor der Menstruation“, Gruppe 2 „leichte Beschwerden“ und Gruppe 3 „mittlere und starke Beschwerden“.

Weitere Faktoren sollen zusätzlich erhoben werden und in die folgenden *Fragestellungen* eingehen:

- Wie erleben stationär aufgenommene Alkoholikerinnen ihre Menstruation? Gibt es Unterschiede hinsichtlich der verschiedenen Beschwerdeguppen?
- Welche Rolle spielen Erfahrungen mit der Menarche, Einstellung zur Menstruation sowie Zärtlichkeit und Sexualität während der Menstruation bei alkoholabhängigen Frauen mit prämenstruellen Beschwerden im Vergleich zu alkoholabhängigen Frauen, die keine bedeutsamen zyklusabhängigen Befindlichkeitsveränderungen beschreiben?
- Wird die Menstruation von den Patientinnen als Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit sowie der psychischen Befindlichkeit erlebt? Wird die Zeit der Menstruation und der prämenstruellen Phase bei alkoholabhängigen Frauen als Belastung empfunden und gibt es Unterschiede hinsichtlich der verschiedenen Beschwerdeguppen?
- Spielt das Alter eine Rolle beim Erleben von etwaigen prämenstruellen Beschwerden?

Ferner soll bezogen auf die Trinkgewohnheiten Fragen nachgegangen werden, wie:

- Greifen Alkoholikerinnen in der prämenstruellen Phase tatsächlich zu mehr Alkohol?
- Trinken alkoholabhängige Frauen mit prämenstruellen Beschwerden verstärkt in der Zyklusphase vor der Menstruation gegenüber Patientinnen ohne bedeutsame prämenstruelle Beschwerden?

## 4.2 Hypothesen

Folgende Fragestellungen sollen in der vorliegenden Arbeit überprüft werden bzw. wurden teilweise in der explizit dazu angeführten Literatur bereits bei "normalen" Frauen untersucht. Demgemäß ist anzunehmen, dass bei alkoholabhängigen Frauen mit ähnlichen Ergebnissen zu rechnen ist.

➤ Generelle Nullhypothese:

*Zwischen alkoholabhängigen Frauen mit verschieden ausgeprägten prämenstruellen Beschwerden und alkoholabhängigen Frauen, die keine prämenstruelle Beschwerden beschreiben, bestehen in bestimmten psychologische Faktoren wie dem Menstruationserleben (die Erfahrungen mit der Menarche, die Einstellung zur Menstruation sowie die Zärtlichkeit und Sexualität während der Menstruation) keine signifikanten Unterschiede.*

➤ Hypothese 1:

*Alkoholabhängige Frauen mit prämenstruellen Beschwerden geben geringere positive erinnerte Erfahrungen mit der Menarche an. Ein Zusammenhang wird zwischen Menarcheerleben und prämenstruellen Beschwerden vermutet.*

Guggenberger-Frötscher (1994) stellte fest, dass Frauen mit starken prämenstruellen Beschwerden sich an ein stärker negatives Erleben ihrer ersten Menstruationsblutung erinnern.

➤ Hypothese 2:

*Es besteht bei alkoholabhängigen Frauen ein Zusammenhang zwischen Menarcheerleben und der Einstellung zur Menstruation.*

Die Berliner Studie zum Menstruationserleben ergab, dass ein Zusammenhang zwischen den Faktoren positive Erfahrungen mit der Menarche und der positiven Einstellung zur Menstruation besteht (Saupe, 1987).

➤ Hypothese 3:

*Bei alkoholabhängigen Frauen besteht ein Zusammenhang zwischen der Einstellung zur Menstruation und den jeweils ausgeprägten prämenstruellen Beschwerden. Alkoholikerinnen mit prämenstruellen Beschwerden geben eine geringer positive Einstellung zur Menstruation an, als alkoholabhängige Frauen, die keine prämenstruellen Beschwerden beschreiben.*

Guggenberger-Frötscher (1994) stellte fest, dass Frauen mit starken prämenstruellen Beschwerden eine stärker negative Einstellung zur Menstruation beschreiben. Auch Raviola

(1987) konnte belegen, dass bei Frauen mit leichten und schweren prämenstruellen Beschwerden eher eine negative Einstellung zur Menstruation besteht.

➤ Hypothese 4:

*Bei alkoholabhängigen Frauen besteht ein Zusammenhang zwischen prämenstruellen Beschwerden und der Belastetheit während der Menstruation.*

Die Berliner Studie zum Menstruationserleben (Saupe, 1987) beschreibt einen mittleren Zusammenhang ( $r=0,48$ ) zwischen dem Faktor Belastetheit während der Menstruation und dem Faktor prämenstruelle Beschwerden. Raviola (1987) konnte einen Zusammenhang zwischen dem Auftreten von prämenstruellen Beschwerden und Menstruationsbeschwerden nachweisen, wobei bei mehr als der Hälfte ihrer untersuchten Frauen beide Beschwerdeformen auftraten.

➤ Hypothese 5:

*Das Alter der alkoholabhängigen Frauen hat einen Einfluss auf das Erleben von prämenstruellen Beschwerden, indem Ältere häufiger über diese Beschwerden klagen.*

Logue und Moos (1986) sowie Saupe (1987) beschreiben übereinstimmend, dass ältere Frauen öfter über prämenstruelle Symptome berichteten.

➤ Hypothese 7:

*Alkoholabhängige Frauen trinken besonders in der prämenstruellen Phase vermehrt Alkohol.*

Belfer et al. (1971) stellten fest, dass der Alkoholkonsum bei alkoholabhängigen Frauen durch den Menstruationszyklus beeinflusst wird und zwar tranken diese signifikant mehr im Prämenstruum. Allen (1996) konnte zeigen, dass 33% der Frauen mehr Alkohol in der prämenstruellen Phase tranken, als zu den anderen Zeiten des Monats.

## 4.3 Untersuchungsdesign und Stichprobe

Im Anschluss soll kurz die Frauenstation des Anton-Proksch-Instituts beschrieben werden, wo die Erhebung der Daten stattgefunden hat. Ferner wird im Detail auf die Stichprobe, die Ausschlusskriterien sowie auf den Ablauf der Untersuchung eingegangen.

### 4.3.1 Frauenstation des API

Das Anton-Proksch-Institut (API) ist eine Behandlungseinrichtung für Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige. Es wurde im Jahr 1961 in Wien Kalksburg begründet. Seit 1974 ist eine eigene Station für substanzabhängige (primär alkohol- und medikamentenabhängige) Frauen im API eingerichtet. Im Jahr 2003 übersiedelte die Frauenstation, welche um eine Mutter-Kind-Abteilung und eine Einheit für weibliche Jugendliche bzw. junge erwachsene Frauen erweitert wurde, in einen eigens errichteten Neubau (Feselmayer et al., 2005).

Der „Klausenhof“ – die alte Frauenstation am Kalksburger Kirchenplatz (zum Zeitpunkt der Datenerhebung) – war räumlich vom Haupthaus getrennt und umfasste 60 Betten, in Form von Einzel- bzw. Doppelbettzimmern. Folgende Räumlichkeiten standen zur Verfügung: Einzel- und Gruppentherapieräume, Aufenthaltsräume, Physio- und Ergotherapie Räume, Küche und Waschküche sowie ein eigener Ambulanzbetrieb.

Pro Woche wurden durchschnittlich vier bis sechs neue Patientinnen aufgenommen. In den ersten Tagen steht der körperliche Entzug im Vordergrund, welcher medikamentös als auch teilweise mittels Akupunktur behandelt wurde (Arbter-Rosenmayr, 1994). Nach der Aufnahme wird jeder Patientin ein/eine betreuender/e Therapeut/in zugewiesen. Diese übernehmen dann die Anamnese, die Einzeltherapie als auch die Leitung der zweimal wöchentlich stattfindenden vorwiegend themenzentrierten, interaktionellen Gruppentherapie (Puchinger, Feselmayer, Hauk, Kostrba & Beiglböck, 1994).

Das Therapiekonzept der Frauenstation geht von einem stationären Aufenthalt von circa acht Wochen aus. Die Aufenthaltsdauer kann unter bestimmten Indikationen auch verlängert werden, ebenso sind zur Krisenintervention Kurzaufenthalte möglich.

### 4.3.2 Stichprobe

Wie zuvor erwähnt, wurde die Untersuchung im API Wien Kalksburg durchgeführt. Für die teilnehmenden Patientinnen galt das Prinzip der Freiwilligkeit und Anonymität. Die Datenerhebung der Studie erstreckte sich von Anfang Juni 1996 bis April 1997. Es wurden alkoholabhängige Frauen befragt, die ab einem bestimmten Stichtag zu einer voraussichtlich (mindestens) sechswöchigen stationären Behandlung aufgenommen wurden. Die Diagnose „Alkoholabhängigkeit“ wurde bereits vom aufnehmenden Arzt gestellt. Da die Frauen erstmalig (frühestens) am vierten Aufnahmetag befragt wurden, konnte davon ausgegangen werden, dass etwaige Abstinenzsymptome bereits deutlich abgeschwächt waren (siehe Kap. 1.2.6). Teilweise erhielten die Patientinnen während des Untersuchungszeitraumes noch Medikamente zur Entzugsbehandlung, zur Behandlung von Folgekrankheiten sowie eventuell verordnete Psychopharmaka.

Insgesamt wurden 122 Eingangsfragebögen ausgegeben und von den Patientinnen selbst ausgefüllt. Als Gesamtstichprobe blieben 85 Patientinnen übrig, d. h. die Ausfallsquote betrug 30,3%. Um als Versuchsperson in diese Untersuchung aufgenommen zu werden, mussten bestimmte Selektionskriterien erfüllt werden – siehe nächstes Kapitel 4.3.3.

### 4.3.3 Ausschlusskriterien

Folgende Ausschlusskriterien wurden zwecks Teilnahme an der Untersuchung festgelegt:

- Alter unter 20 Jahre, über 45 Jahre
- nur Medikamentenabhängigkeit
- große Sprachschwierigkeiten (z. B. Englisch sprechend)
- bestehendes und bekanntes hirnorganisches Psychosyndrom
- geplante sehr kurze stationäre Aufnahme (Krisensituation)
- bestehende Schwangerschaft
- Schwangerschaften/Fehlgeburten innerhalb der letzten sechs Monate
- Frauen nach Hysterektomie (Entfernung der Gebärmutter)
- Frauen mit bekannter sekundärer Amenorrhö
- Frauen mit massiven Zyklusunregelmäßigkeiten (wie vorzeitiger Wechsel, Pillenpause)

Die ursprünglich vorgesehene obere Altersgrenze von 45 Jahren wurde im Verlauf des Erhebungszeitraumes auch hinsichtlich des tatsächlichen Aufnahmealters auf der Frauenstation im API (Durchschnittsalter beträgt 46 Jahre – siehe dazu Kap. 2.2.1) auf unter 50 Jahre angehoben – ein entsprechend regelmäßiger Menstruationszyklus war jedoch Voraussetzung. Da auch ältere Frauen an der Untersuchung interessiert waren, sollten diese aus gruppenspezifischen Gesichtspunkten nicht ausgeschlossen werden. Bei der bereits erwähnten Berliner Studie zum Menstruationserleben nach Saupe (1987) wurde das Alterskriterium ebenfalls mit 50 Jahren angesetzt.

#### **4.3.4 Ablauf der Untersuchung**

Der Tagesablauf der Patientinnen auf der Frauenstation im Anton-Proksch-Institut (API) ist durch die Teilnahme an den verschiedenen Einzel- und Gruppentherapien, Mahlzeiten, Medikamentenausgaben, Mitarbeit innerhalb des Hauses sowie in weiterer Folge den Ausgängen sehr strukturiert.

Sowohl die Untersuchungszeitpunkte als auch die Anweisungen wurden immer gleich durchgeführt. Von Juni 1996 bis April 1997 wurden einmal pro Woche am Montag jene ausgewählten Frauen, welche sich gerade in der zweiten Behandlungswoche befanden und von denen keine Ausschlusskriterien bekannt waren (nach Rücksprache mit dem behandelnden Therapeuten), im großen Gruppenraum der Testung unterzogen. Die Teilnehmerinnen wurden kurz über die Dauer und Vorgangsweise – jedoch nicht über den Inhalt und Zweck – der Testung informiert. Während die Patientinnen die Fragebögen und Tests (siehe Kap. 4.4) schriftlich selbständig bearbeiteten, stand ich jederzeit für Fragen zur Verfügung. Lediglich zwei Patientinnen verweigerten gleich zu Beginn die Teilnahme. Die Testung dauerte je nach persönlichem Tempo zwischen 45-60 Minuten.

#### 4.3.5 Zeitschema

Die Datenerhebung wurde als Querschnittstudie angesetzt. Das entsprechende Zeitschema ist in der folgenden Abbildung 10 dargestellt.

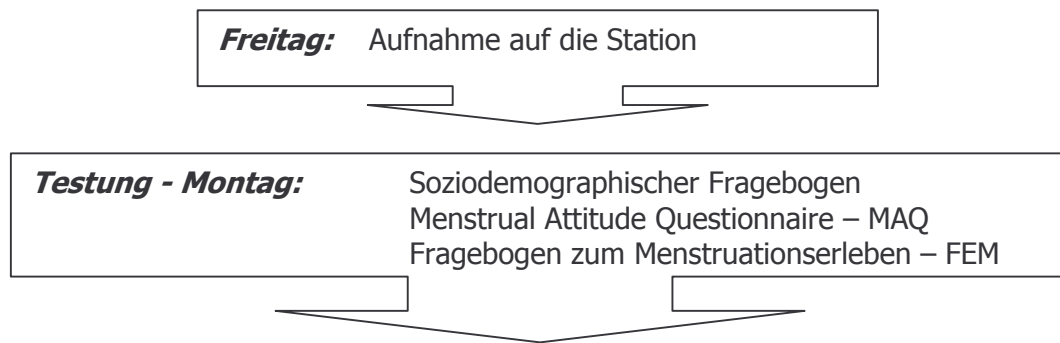


Abbildung 10: Zeitschema der Untersuchung

Der Aufnahmetag ist im Anton-Proksch-Institut grundsätzlich der Freitag. Der Zeitpunkt der Testung fand am darauf folgenden Montag statt, d. h. optimalerweise am vierten Aufnahmetag in der zweiten Behandlungswoche. Konkret wurden jedoch allen in der Vorwoche aufgenommenen und ausgewählten Patientinnen der Eingangsfragebogen, der MAQ sowie der FEM vorgelegt.

#### 4.3.6 Ausgeschiedene Patientinnen

Bei der Eingangsbefragung wurde wie bereits erwähnt (siehe Kap. 4.3.3) die Altersgrenze mit unter 50 Jahren fixiert. Die älteren Frauen mussten jedoch angegeben haben, noch einen regelmäßigen Zyklus zu besitzen. Auf der anderen Seite gab es jüngere Frauen, die unter sekundärer Amenorrhö litten (siehe Kap. 2.4.3), welche aufgrund der Eingangsbefragung ausgeschieden wurden und daher nicht in der Gesamtstichprobe enthalten sind.

Nachfolgend sind die teilgenommenen und/oder ausgeschiedenen Patientinnen kurz angeführt, um einen Überblick zu geben.

➤ Erstuntersuchung (n=122):

122 Fragebögen wurden ausgefüllt, gemäß den Selektionskriterien mussten 37 Frauen ausgeschlossen werden: 5 Patientinnen gaben nur Medikamentenabhängigkeit an, 4 litten an sekundärer Amenorrhö, 8 standen unter Hormonbehandlungen (vorzeitige Wechselbeschwerden), 9 gaben massive Unregelmäßigkeiten im Zyklus bekannt, 3 hatten kurz vor der Aufnahme mit der Pille aufgehört sowie bei 3 Frauen war eine bestehende Schwangerschaft das Ausschlusskriterium. Ein weiterer Grund war ferner bei 5 Patientinnen Sprach- bzw. Verständigungsschwierigkeiten.

➤ Aufnahme in Gesamtstichprobe (n=85):

Von diesen 85 Patientinnen wurden die Datensätze des Eingangsfragebogens, des Menstrual Attitude Questionnaire (MAQ) und des Fragebogens zum Menstruationserleben (FEM) ausgewertet.

## 4.4 Beschreibung der Messinstrumente

### 4.4.1 Soziodemographischer Fragebogen

Zu Beginn der Untersuchung wurde ein sehr ausführlicher Eingangsfragebogen (siehe Anhang) vorgegeben, den die Versuchspersonen alleine beantworteten. Als Vorlage dafür dienten die standardisierten Eingangs- und Abschlussinterviews aus der Forschungsstudie von Strauß et al. (1990) sowie Teile des verwendeten Fragebogens aus dem Berliner Instrumentarium zum Menstruationserleben von Saupe (1987). Das Erhebungsinstrument wurde adaptiert, inhaltlich ergänzt und auch hinsichtlich der Fragen zum Trinkverhalten erweitert.

Der soziodemographische Fragebogen beinhaltet folgende Themenschwerpunkte:

- Angaben zur Person,
- zur allgemeinen Lebenssituation,
- zur Partnersituation,
- zum allgemeinen Gesundheitsstatus,



- zur gynäkologischen Anamnese,
- zur Menstruationsbiographie,
- zu Beschwerden und Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Zyklus,
- zum Kontrazeptionsverhalten,
- zum Trinkverhalten, zu Trinkmotiven etc.

Diese Eingangsbefragung diene auf der einen Seite zur Kontrolle und dem eventuellen generellen Ausschluss der Versuchsperson (siehe Kap. 4.3.3) sowie andererseits zur Beschreibung der Stichprobe mittels der Deskriptivstatistik (siehe Kap. 5.1).

#### **4.4.2 Menstrual Attitude Questionnaire (MAQ)**

in der dt. Fassung von Strauß, Appelt und Lange (1987)

Der von Brooks-Gunn und Ruble (1980) für den angloamerikanischen Sprachraum konstruierte und entwickelte „Menstrual Attitude Questionnaire“ (MAQ) dient als ein Instrument zur Erfassung der Einstellung zur Menstruation. Dieser Einstellungsfragebogen wurde von Strauß, Appelt und Lange (1987) ins Deutsche übertragen, modifiziert und an einer Stichprobe von 228 Frauen neu konstruiert. Die deutsche Version umfasst fünf Skalen mit insgesamt 35 Items und jeweils fünf Ausprägungsskalierungen (mit den Extremen „stimme voll und ganz zu“ bis „lehne ich voll und ganz ab“), mit denen lt. den Autoren differentielle Aspekte der Einstellung zur Menstruation erfasst werden können. Die von Strauß et al. (1987, S. 177f) extrahierten fünf Faktoren sind wie folgt:

➤ Skala 1 - Menstruation als Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit (8 Items):

Mittels der Items wird die Menstruation vorwiegend als leistungsmindernd beschrieben, gilt sowohl für körperliche als auch geistige Leistungen. Ferner sind darunter Aussagen enthalten, welche auf die Vermeidung von bestimmten Tätigkeiten bzw. Aktivitäten während der Menstruation hinweisen.

➤ Skala 2 - Positive Sicht der Menstruation (10 Items)

Mit diesen Items wird die Menstruation positiv bewertet, ausgedrückt in Äußerungen der Freude über die Menstruation sowie der Bestätigung der eigenen Weiblichkeit. Die

Menstruation wird als natürliches Ereignis bezeichnet und als Möglichkeit gesehen, die Wahrnehmung körperlicher Vorgänge zu erhöhen.

➤ Skala 3 - Verneinung von Auswirkungen der Menstruation (7 Items)

Die Auswirkungen der Menstruation werden in diesen Items bestritten und festgestellt, dass etwaige „Beschwerden während des Zyklus nur in der Einbildung existierten oder nur bedeutsam seien, wenn man ihnen besondere Beachtung schenke“ (Strauß et al., 1987, S. 177). Ferner enthält die Skala Formulierungen wie beispielsweise, dass die Menstruation oft nur als Entschuldigungsgrund benutzt wird.

➤ Skala 4 - Menstruation als Beeinträchtigung der Sexualität (5 Items)

Die fünf neu hinzugenommenen Items, in welchen sich die Menstruation auf die Sexualität auswirkt, bildeten erwartungsgemäß nach den Autoren einen neuen eigenen Faktor. ⇒ Dieser Bereich fehlt in der Originalversion und wurde von Brooks-Gunn und Ruble (1980) selbst als Manko bezeichnet.

➤ Skala 5 - Menstruation als Beeinträchtigung der psychischen Befindlichkeit (5 Items)

Diese Items beschreiben vor allem Stimmungs- und Befindlichkeitsänderungen vor und während der Menstruation.

Zusammenfassend weist nach Strauß et al. (1987) die deutsche Neukonstruktion mit der amerikanischen Originalversion große Übereinstimmung auf. Bei der Auswertung werden die den Antworten zugeordneten Punktescores separat für jede Skala aufaddiert, wobei gegebenenfalls Items umzupolen sind. Als Skalenwert wird der Mittelwert der Items einer Skala berechnet.

Die verwendete deutsche Fassung des Einstellungsfragebogens in dieser Untersuchung wurde aus dem Abschlussbericht der Forschungsstudie von Strauß et al. (1990, Anhang) übernommen. Sämtliche Items wurden umkodiert (5=1, 4=2 etc.), damit die Ergebnisse analog zu den Autoren interpretiert werden konnten, d. h. hohe Skalenwerte bedeuten eine hohe Beeinträchtigung.

Nach Strauß et al. (1987, S. 175) ist der MAQ „ein valides Instrument zur Erfassung eines wichtigen Aspektes des Menstruationserlebens“ und sollte nach Ansicht der Autoren „in Studien zu Veränderungen der Befindlichkeit und des Verhaltens im Verlauf des Zyklus Verwendung finden“.

#### **4.4.3 Berliner Fragebogen zum Menstruationserleben (FEM)**

von Saupe (1987)

Der Berliner Fragebogen zum Menstruationserleben (FEM) kann nach Strauß et al. (1987) einem reinen Einstellungsfragebogen nicht zugeordnet werden, da auch Symptome des „Prämenstruellen Syndroms“, Verhaltensweisen sowie zurückliegende Erfahrungen der Menarche abgefragt werden.

Dieser Fragebogen wurde von Saupe (1987) zur Erfassung des Erlebens der Menstruation mittels faktorenanalytischen Reduktionsverfahrens entwickelt und bei einer Untersuchung an 600 Berliner Frauen angewendet, wobei letztendlich fünf Faktoren ermittelt wurden. Saupe betont, dass dies kein psychologischer Test sondern ein Forschungsinstrument ist. Bei dem FEM handelt es sich „um das erste deutschsprachige Instrument, welches zum Thema Menstruationserleben entwickelt worden ist“ (1987, S. 37). Das „Prämenstruelle Syndrom“ konnte bei dessen Entwicklung ebenfalls als Faktor wieder gefunden werden.

In der empfohlenen verkürzten Fassung nach Saupe (1987, S. 33f) enthält der Fragebogen fünf Skalen mit jeweils sechs Items (insgesamt daher 30 Items) und fünf Ausprägungsskalierungen (mit den Extremen „trifft gar nicht zu“ bis „trifft völlig zu“):

##### ➤ Faktor 1: Belastetheit während der Menstruation

Der Faktor fasst Äußerungen der Frauen zusammen, die sich auf eine eingeschränkte Belastbarkeit bzw. erhöhte Belastetheit während der Menstruation beziehen. Es werden Belastungen wie auch Rückzugtendenzen im Alltag, im häuslichen und auch im beruflichen Bereich angesprochen.

➤ Faktor 2: Prämenstruelles Syndrom

Diese symptomatisch orientierte Skala beschreibt u. a. einen eher angespannten, gereizt bis depressiven Zustand in den letzten Tagen vor der Menstruation.

➤ Faktor 3: Positive Erfahrungen mit der Menarche

Mittels dieses Faktors werden die Erinnerungen, die die jeweilige Frau an ihre Erfahrung mit der Menarche hat, beschrieben. Dazu zählen Stolz sowie Freude über die erste Blutung, das Erleben von Weiblichkeit, aber auch Abwehr und Schrecken. Der Faktor ist so gepolt, dass hohe Ausprägungen positiv erinnerte Erfahrungen mit der Menarche beinhalten.

➤ Faktor 4: Positive Einstellung zur Menstruation

Hierzu sind Äußerungen zusammengefasst, welche als Ausdruck von Weiblichkeit eine positive Einstellung zur Regelblutung und zum Körper an den Tagen der Menstruation erkennen lassen. Die Menopause bedeutet hingegen einen Verlust an Weiblichkeit. Der Faktor 4 beschäftigt sich mit der derzeitigen Einstellung, während der Faktor 3 die bewertete Erinnerung der Frauen an ihre erste Menstruation abfragt.

➤ Faktor 5: Zärtlichkeit und Sexualität während der Menstruation

Neben sexuellen Aktivitäten während der Blutung wird mit diesem Faktor ein allgemeines Bedürfnis nach Zärtlichkeit in dieser Zeit angesprochen. Eigene sexuelle Wünsche der Frauen sowie die Reaktion des Partners während der Blutungsphase, aber auch ein generalisiertes Nähebedürfnis zum Partner werden hierbei erfragt.

Der verwendete Fragebogen wurde in dieser Studie gemäß der Empfehlung von Saupe (1987) in der verkürzten Form mit 30 Items und je fünf Antwortalternativen vorgegeben. Die jeweiligen Faktoren wurden durch Addition der Punktescores der zugeordneten Einzelitems ermittelt, gegebenenfalls wurden Items umgepolt. Als Faktorenwert wurde dann der Mittelwert der Items dieser Skala berechnet. Da der FEM lt. den Autoren nur ein Forschungsinstrument darstellt, gibt es keine entsprechenden Referenzwerte.

## 5 Ergebnisse der statistischen Auswertung

Alle im folgenden Abschnitt beschriebenen Auswertungen der Daten erfolgten mit dem Computerprogramm SPSS (Statistical Packages for the Social Sciences) in der Version 16.0 für Windows.

Zur Überprüfung aller statistischen Hypothesen wurde ein Alpha 5%-Niveau festgesetzt. Die Kontrolle der Daten auf Normalverteilung wurde mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test und die Homogenität der Varianzen mittels Levene-Test überprüft. Für die Beschreibung der Stichprobe sowie der Überprüfung von Häufigkeitsunterschieden wurde der Chi-Quadrat-Test eingesetzt.

Zwischen den drei PMS-Gruppen (siehe dazu unten Kap. 5.1) wurde nach Vorliegen der Normalverteilung sowie Homogenität der Varianzen zur Überprüfung der Unterschiede eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) mit anschließenden Scheffé-Tests (post hoc) durchgeführt. Sofern die oben genannten Bedingungen nicht vorlagen, wurde mittels der Rangvarianzanalyse nach Kruskal und Wallis für unabhängige Stichproben (H-Test) und dem anschließenden U-Test nach Mann und Whitney möglichen Unterschieden zwischen den drei PMS-Gruppen nachgegangen.

### 5.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Gesamtstichprobe (n=85) wurde in drei Untersuchungsgruppen aufgeteilt. Die jeweilige Zuteilung der Patientinnen erfolgte aufgrund der subjektiven Einschätzung des Schweregrades ihrer prämenstruellen Beschwerden im Eingangsfragebogen. Da nur insgesamt 8 Patientinnen „schwere Beschwerden vor der Menstruation“ angaben, wurden jene mit den Frauen zusammengefasst, welche über „mittlere Beschwerden“ klagten. Die Gruppenzuteilung lautet daher wie folgt:

➤ Gruppe 1 „keine Beschwerden“:

Die Frauen beschrieben keine Beschwerden vor ihrer Menstruation (n=26).

➤ Gruppe 2 „leichte Beschwerden“:

Diese Frauen berichteten über leichte Beschwerden vor ihrer Menstruation (n=32).

➤ Gruppe 3 „mittlere und starke Beschwerden“:

Hier wurden – wie bereits zuvor erwähnt – zwei Beschwerdegruppen aufgrund der niedrigen Stichprobenanzahl zusammengefasst. Es sind dies einerseits 19 Frauen, welche mittlere Beschwerden vor der Menstruation bekannt gaben, und andererseits 8 Frauen, die unter schweren Beschwerden litten (n=27).

Bei der Darstellung der Ergebnisse werden die jeweiligen Resultate in den drei PMS-Untergruppen denen der Gesamtstichprobe gegenübergestellt.

### 5.1.1 Soziodemographische Daten

Die soziodemographischen Daten werden einerseits anhand von Mittelwerten ( $\bar{X}$ ) und Standardabweichungen (s) beschrieben, auf der anderen Seite sind in den jeweiligen Kreuztabellen die Häufigkeitsangaben (Anzahl der Fälle und Prozentwerte) angeführt.

➤ Alter:

Das durchschnittliche Alter der Gesamtstichprobe (n=85) liegt bei 37 Jahren ( $\bar{X}=37,27$ ; s=5,99), wobei die jüngste Frau knapp über 24 Jahre alt ist. Aufgrund der Ausschlusskriterien (siehe Kap. 4.3.3) wurde das Alter nach oben limitiert und betrug bei der ältesten teilnehmenden Patientin 48,4 Jahre.

Da Normalverteilung mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test (K-S: z=0,740; p=0,645) und Homogenität der Varianzen mittels Levene-Test angenommen werden konnte, wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse für drei unabhängige Stichproben (ANOVA) durchgeführt. Dieses Verfahren prüft etwaige Gruppenunterschiede (Bühl, 2008) und zeigt, dass sich die drei PMS-Gruppen im Durchschnittsalter nicht signifikant voneinander unterscheiden (F=1,577; df=2; p=0,213). Es ist daher eine wichtige Voraussetzung für die Gegenüberstellung der Gruppen erfüllt. In der folgenden Tabelle 4 sind die jeweiligen

Mittelwerte ( $\bar{X}$ ) und Standardabweichungen (s) in den drei PMS-Gruppen und der Gesamtstichprobe angeführt.

Tabelle 4: Alter der Patientinnen nach PMS-Gruppen

Alter	PMS-Gruppe			
	keine Beschwerden	leichte Beschwerden	mittlere und starke Beschwerden	Gesamt
Mittelwert ( $\bar{X}$ )	39,00	36,54	36,47	37,27
Standardabweichung (s)	5,91	5,95	5,98	5,99

➤ Familienstand:

Wie unten aus der Häufigkeitstabelle (siehe Tabelle 5) ersichtlich, sind die geschiedenen Frauen mit 31,8% am stärksten in der Gesamtstichprobe (n=85) vertreten. Der Anteil der Ledigen sowie der der verheirateten Frauen, die mit ihrem Partner zusammenleben, liegt zahlenmäßig jeweils bei 25. Diese beiden Gruppen umfassen damit je 29,4% der befragten Frauen. Die verheirateten, vom Partner getrennt lebenden Frauen weisen 8,2% auf, hingegen nahm nur eine verwitwete Patientin an der Studie teil.

Tabelle 5: Familienstand nach PMS-Gruppen

Familienstand	PMS-Gruppe			
	keine Beschwerden	leichte Beschwerden	mittlere und starke Beschwerden	Gesamt
ledig	7 (8,2%)	12 (14,1%)	6 (7,1%)	25 (29,4%)
verheiratet, zusammen lebend	11 (12,9%)	5 (5,9%)	9 (10,6%)	25 (29,4%)
verheiratet, getrennt lebend	4 (4,7%)	2 (2,4%)	1 (1,2%)	7 (8,2%)
geschieden	4 (4,7%)	13 (15,3%)	10 (11,8%)	27 (31,8%)
verwitwet	0	0	1 (1,2%)	1 (1,2%)
Gesamt	26 (30,6%)	32 (37,6%)	27 (31,8%)	85 (100,0%)

Im folgenden Balkendiagramm (siehe Abbildung 11) ist in Prozentwerten der jeweilige Familienstand in den drei PMS-Gruppen grafisch dargestellt. Mittels Chi-Quadrat-Test nach Pearson besteht zwischen den drei Untersuchungsgruppen hinsichtlich des Familienstandes kein signifikanter Unterschied ( $\chi^2=12,732$ ; df=8; p=0,121).

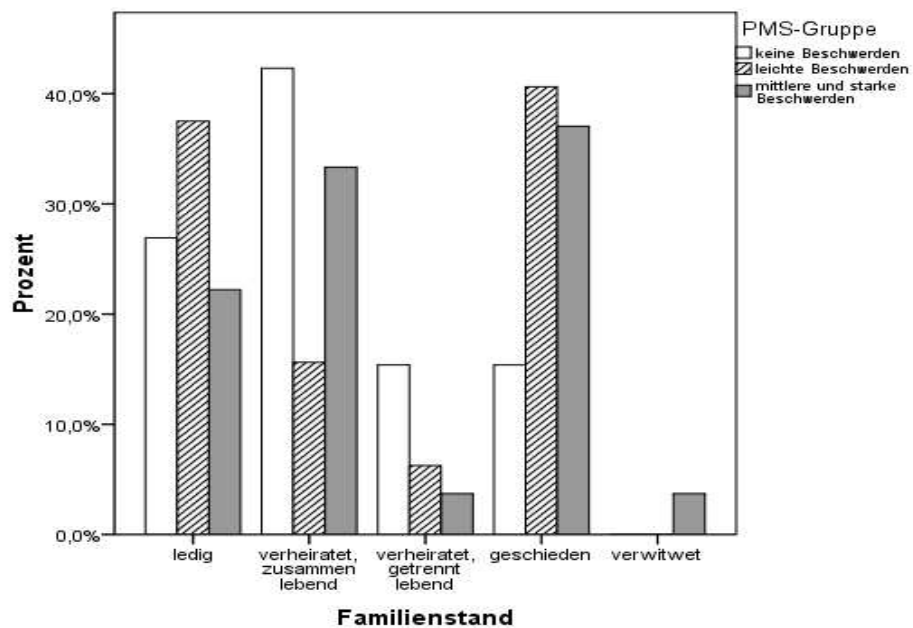


Abbildung 11: Familienstand nach PMS-Gruppen

➤ Kinder:

44 aller teilgenommenen Patientinnen (51,8%) haben Kinder. 23 Frauen (27,1%) gaben ein Kind, 16,5% zwei, 7,1% drei Kinder an und nur eine Patientin gab vier Kinder bekannt. 41 Frauen (48,2%) der Gesamtstichprobe (n=85) verneinten dagegen Kinder. Eine Überprüfung mittels Chi-Quadrat-Test nach Pearson in den drei Untersuchungsgruppen hinsichtlich Kinder konnte keinen signifikanten Unterschied ( $\chi^2 = 0,547$ ;  $df=2$ ;  $p=0,761$ ) zeigen.

➤ Häusliche Gemeinschaft:

Von den 85 Patientinnen führten 26 Frauen (30,6%) an, allein zu leben, wobei diesbezüglich Mehrfachnennungen möglich waren. 29,4% der Befragten lebten mit ihrem Ehemann, 30,6% mit ihrem Partner/Lebensgefährten sowie 32,9% mit ihren Kindern im gemeinsamen Haushalt. Die Eltern liegen mit 8,2% vor dem Frauenheim mit 2,4%, welches 2 Frauen bewohnten. Jeweils eine Frau lebte bei anderen Verwandten bzw. in einer Wohngemeinschaft bei Freunden.



➤ Schul- und Berufsausbildung:

Da bezüglich des Schulabschlusses nicht gleich nach der höchsten abgeschlossenen Ausbildung gefragt wurde, musste diese nachträglich ermittelt werden. Das Balkendiagramm (siehe Abbildung 12) zeigt die entsprechenden Prozente für die Gesamtstichprobe (n=85).

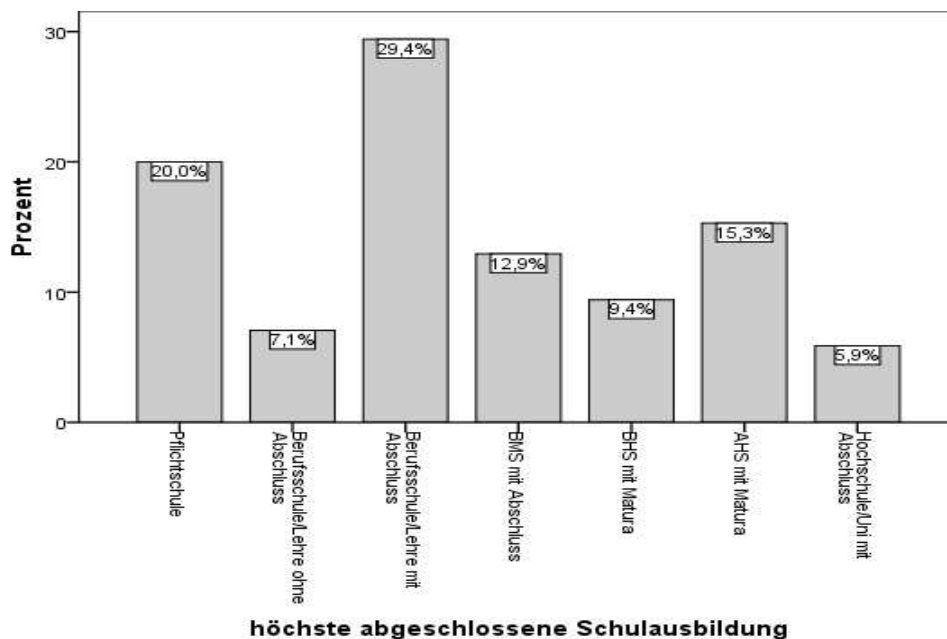


Abbildung 12: Schulausbildung Gesamtstichprobe

Wie aus der Abbildung 12 eindeutig erkennbar ist, steht der Lehrabschluss mit 25 Frauen (29,4%) in der Gesamtstichprobe an erster Stelle, die Lehre ohne erfolgreichen Abschluss gaben 6 Patientinnen (7,1%) an. Nur die Pflichtschule absolvierten 17 Frauen (20,0%), hingegen beendeten 11 Frauen (12,9%) die Berufsbildende mittlere Schule (BMS) und 8 Frauen (9,4%) die Berufsbildende höhere Schule (BHS) mit Abschluss. Die AHS schlossen 13 Patientinnen (15,3%) mit Matura ab, einen Universitäts- oder Hochschulabschluss wiesen 5 (5,9%) Frauen auf.

Die Häufigkeitsangaben bezüglich der jeweiligen Schulausbildung in den einzelnen PMS-Gruppen sowie in der Gesamtstichprobe zeigt die nachstehende Tabelle 6.

Tabelle 6: Schulausbildung nach PMS-Gruppen

Schulausbildung	PMS-Gruppe			
	keine Beschwerden	leichte Beschwerden	mittlere und starke Beschwerden	Gesamt
Pflichtschulabschluss	6 (7,1%)	3 (3,5%)	8 (9,4%)	17 (20,0%)
Berufsschule/Lehre ohne Abschluss	0	4 (4,7%)	2 (2,4%)	6 (7,1%)
Berufsschule/Lehre mit Abschluss	7 (8,2%)	8 (9,4%)	10 (11,8%)	25 (29,4%)
BMS mit Abschluss	3 (3,5%)	4 (4,7%)	4 (4,7%)	11 (12,9%)
BHS mit Matura	4 (4,7%)	3 (3,5%)	1 (1,2%)	8 (9,4%)
AHS mit Matura	5 (5,9%)	7 (8,2%)	1 (1,2%)	13 (15,3%)
Hochschule/Uni mit Abschluss	1 (1,2%)	3 (3,5%)	1 (1,2%)	5 (5,9%)
Gesamt	26 (30,6%)	32 (37,6%)	27 (31,8%)	85 (100,0%)

➤ Letzte berufliche Stellung:

Fast jede zweite Patientin war Angestellte in der letzten beruflichen Stellung, d. h. 49,4% bzw. 42 Frauen (n=85). 14 Frauen waren als Hilfsarbeiterin (16,5%), 5 als Facharbeiterin (5,9%), 11 als Beamtin (12,9%) und 3 als Unternehmerin (3,5%) selbständig tätig. Ferner wurden 8 Hausfrauen (9,4%) sowie 2 Frauen „in Ausbildung“ (2,4%) gezählt. Die Anzahl der Fälle in den drei PMS-Gruppen ist in der folgenden Abbildung 13 dargestellt.

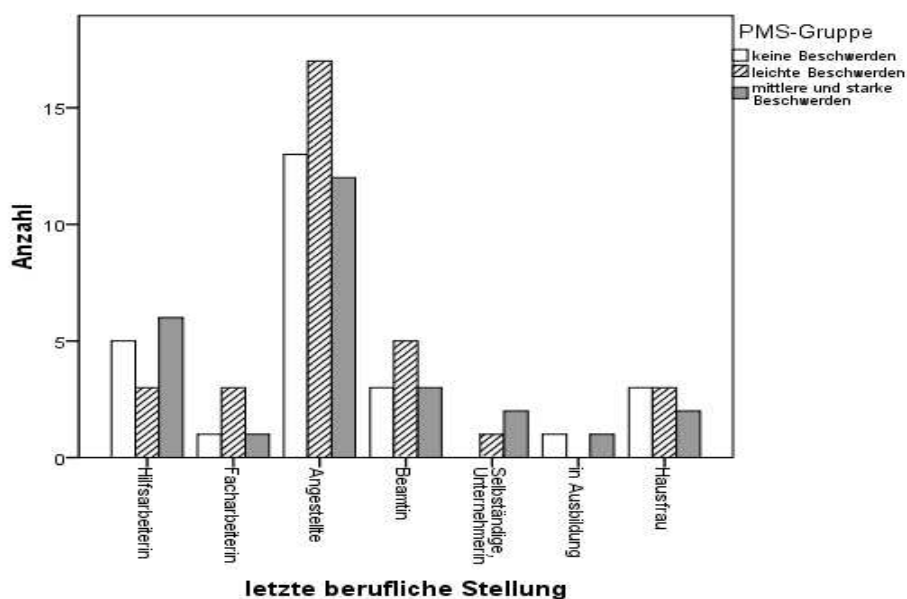


Abbildung 13: letzte berufliche Stellung nach PMS-Gruppen

➤ Aktueller Beruf:

Die Frage nach dem aktuellen Berufsstand zeigt in der Tabelle 7 deutlich, dass von allen 85 Patientinnen 37 (43,5%) berufstätige und 34 (40,0%) arbeitslose Frauen dominieren. Ferner sind jeweils 2 Patientinnen (2,4%) bereits in Pension bzw. noch in Ausbildung. 10 Frauen (11,8%) sind im Haushalt tätig.

Tabelle 7: aktueller Berufsstand nach PMS-Gruppen

aktueller Berufsstand	PMS-Gruppe			
	keine Beschwerden	leichte Beschwerden	mittlere und starke Beschwerden	Gesamt
berufstätig	12 (14,1%)	12 (14,1%)	13 (15,3%)	37 (43,5%)
arbeitslos	9 (10,6%)	16 (18,8%)	9 (10,6%)	34 (40,0%)
in Pension	0	1 (1,2%)	1 (1,2%)	2 (2,4%)
in Ausbildung	1 (1,2%)	0	1 (1,2%)	2 (2,4%)
Hausfrau	4 (4,7%)	3 (3,5%)	3 (3,5%)	10 (11,8%)
Gesamt	26 (30,6%)	32 (37,6%)	27 (31,8%)	85 (100,0%)

➤ Doppelbelastung:

45 Frauen (52,9%) der Gesamtstichprobe führen den Haushalt und/oder die Kindererziehung vorwiegend alleine aus. Erwähnt werden muss jedoch, dass bei diesen 45 Frauen auch 15 Arbeitslose, 3 Hausfrauen, 1 Pensionistin und 1 Frau in Ausbildung enthalten sind. Von den 37 tatsächlich berufstätigen Frauen – lt. aktuellem Berufsstand – bejahten diese Frage hingegen 25, das sind knapp über zwei Drittel 67,6%. In der Abbildung 14 ist die Anzahl der Frauen hinsichtlich Doppelbelastung in den drei PMS-Gruppen dargestellt.

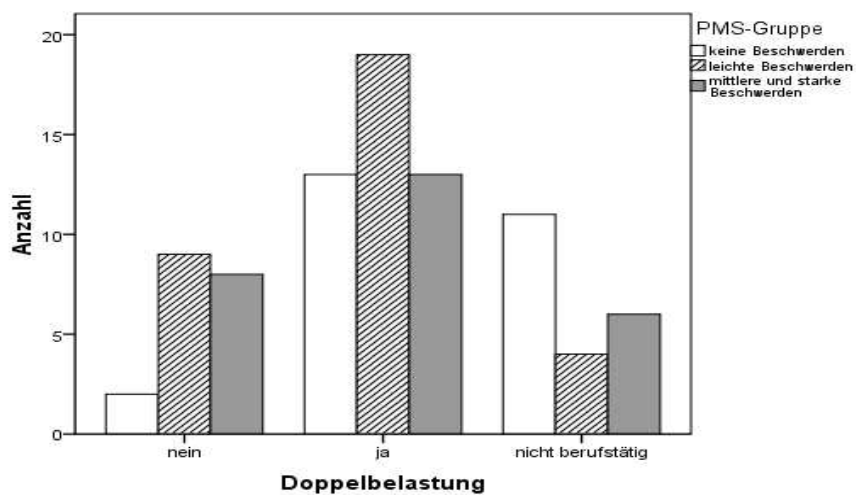


Abbildung 14: Doppelbelastung nach PMS-Gruppen

➤ Schichtarbeit:

Schichtarbeit leisteten 8 Patientinnen (9,4%) der Gesamtstichprobe, wobei 5 Frauen als Angestellte, 2 als Beamtin und 1 als Hilfsarbeiterin tätig waren.

➤ Partnerschaft:

Von den 66 Frauen (77,6%), die eine feste Partnerschaft angaben, bezeichneten 62,1% diese als zufriedenstellend und 27,3% als mittelmäßig. 10,6% sind hingegen mit ihrer Partnerschaft unzufrieden. Mittels Chi-Quadrat-Test nach Pearson wurde überprüft, ob zwischen den drei PMS-Gruppen und der festen Beziehung ein Unterschied besteht. Es konnten diesbezüglich keine signifikanten Abweichungen ( $\chi^2=1,326$ ;  $df=2$ ;  $p=0,515$ ) festgestellt werden.

Auf die Frage, welche Berufstätigkeit der jeweilige Ehemann bzw. Partner dieser 66 Frauen ausübt, liegt der Angestellte mit 20 (30,3%) eindeutig an erster Stelle, gefolgt vom Selbständigen/Unternehmer mit 11 (16,7%), dem Beamten mit 9 (13,6%) und dem Facharbeiter mit 5 (7,6%). 13,1% bzw. 8 Partner waren arbeitslos, 7,6% bzw. 5 bereits in Pension (siehe Abbildung 15).

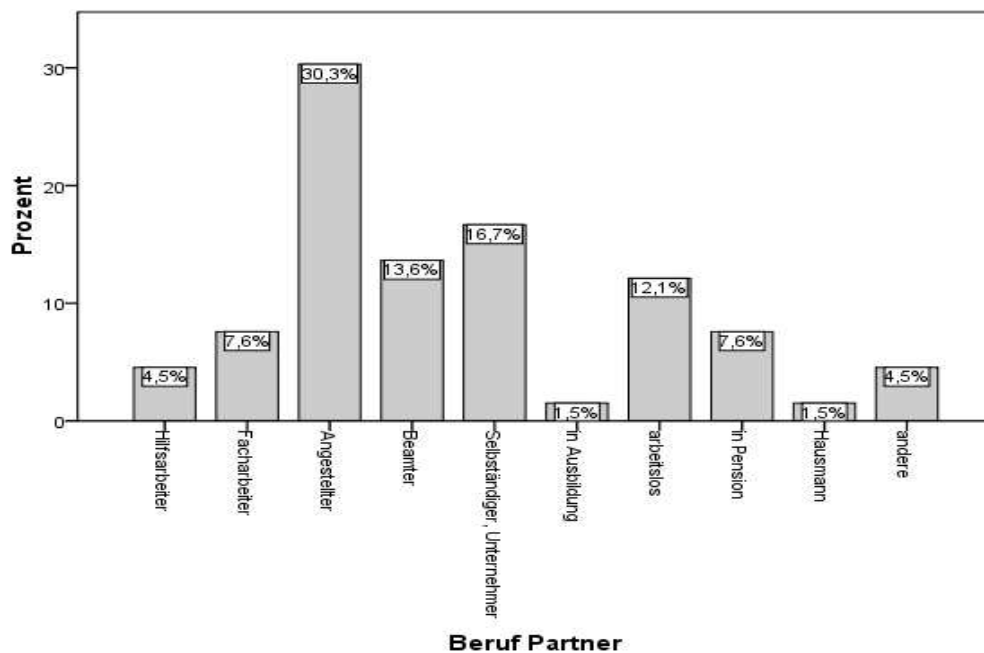


Abbildung 15: Beruf des Partners

➤ Geschwister:

17 der Patientinnen (20,0%) haben keine Geschwister. Die Anzahl der Geschwister bei den restlichen Frauen erreicht bei einem Bruder bzw. einer Schwester die Häufigkeit von 38,2%, bei zwei Geschwistern 27,9%, bei drei und vier je 13,2% und sinkt danach deutlich ab. Die höchsten Zahlen an Geschwistern werden mit 10 bzw. 11 angegeben, dies betrifft jeweils eine Patientin.

### 5.1.2 Allgemeiner Gesundheitsstatus

➤ Schwerwiegende Erkrankungen:

Unter schwerwiegenden Erkrankungen litten 25 Frauen (29,4%), die teilweise mit der Alkoholabhängigkeit in Zusammenhang stehen. Es wurden u. a. Lebererkrankungen, Hepatitis, Pankreatitis sowie Magenblutungen von insgesamt 12 Patientinnen genannt.

➤ Regelmäßig Medikamente:

46 Frauen (54,1%) gaben an, regelmäßig vor der Aufnahme Medikamente eingenommen zu haben, die großteils den Psychopharmaka (Antidepressiva, Benzodiazepine, Hypnotika,

Neuroleptika etc.) zuzuordnen sind. Zu erwähnen ist diesbezüglich, dass die Einnahme von Medikamenten im letzten Halbjahr von 19 Patientinnen (22,4%) selbst als Problem angesehen wurde. Manche Frauen nahmen bereits für den Alkoholentzug typische Medikamente (wie Campral, Delpral) zu sich.

➤ Hormonpräparate:

41 Frauen (48,2%) haben noch nie irgendwelche Hormontabletten oder Antibabypillen eingenommen, d. h. 44 Frauen (51,8%) nahmen welche – teilweise unterschiedliche Präparate – für einen Zeitraum zwischen einem Monat bis zu maximal 22,5 Jahren ein.

15 Frauen (17,6%) gaben an, zum Erhebungszeitpunkt aktuell die Pille einzunehmen. Die Häufigkeiten zeigt die nachstehende Tabelle 8. Mittels Chi-Quadrat-Test nach Pearson wurde überprüft, ob zwischen den PMS-Gruppen ein Unterschied besteht. Es konnten keine signifikanten Abweichungen ( $\chi^2 = 4,458$ ;  $df=2$ ;  $p=0,108$ ) festgestellt werden.

Tabelle 8: Pilleneinnahme nach PMS-Gruppen

aktuelle Einnahme der Pille	PMS-Gruppe			
	keine Beschwerden	leichte Beschwerden	mittlere und starke Beschwerden	Gesamt
nein	18 (21,2%)	28 (32,9%)	24 (28,3%)	70 (82,4%)
ja	8 (9,4%)	4 (4,7%)	3 (3,5%)	15 (17,6%)
Gesamt	26 (30,6%)	32 (37,6%)	27 (31,8%)	85 (100,0%)

➤ Arztbesuche:

Die Fragen bezüglich etwaigen Arztbesuchen wurden wie folgt beantwortet: Den Arzt konsultierten 49 Frauen (57,6%) regelmäßig, den Gynäkologen sogar 53 Frauen (62,4%). Als zeitliche Spanne reichte die Angabe beim Gynäkologen von unmittelbar kurz vor der stationären Aufnahme bis zu 15 Jahren.

➤ Bauch- und/oder Unterleibsoperationen:

In vergangenen Jahren wurden bei 40 Frauen Bauch- und/oder Unterleibsoperationen durchgeführt. Erwähnt wurden von jeweils 7 Frauen Appendix sowie Eileiter- und/oder

Eierstock-Operationen – teilweise in Verbindung mit einer diesbezüglichen Schwangerschaft. Kaiserschnitte, Zysten-Entfernungen sowie Sterilisationen wurden außerdem genannt.

➤ Unterleibsentzündungen und Vaginalinfektionen:

25 Frauen (29,4%) beschrieben zurückliegende Unterleibsentzündungen, wobei 6 Frauen oftmals daran litten. Die Häufigkeit der Vaginalinfektionen beträgt insgesamt 36,5% oder 31 Frauen, davon geben 7 Patientinnen häufig Infektionen an.

### 5.1.3 Gynäkologische Vorgeschichte und Kontrazeptionsverhalten

➤ Alter bei Menarche:

Das durchschnittliche Menarchealter der Gesamtstichprobe (n=85) liegt bei 13 Jahre (Md=13,0; Modalwert=12,0; s=1,67), wobei die jüngsten 3 Frauen damals 10 Jahre alt waren und die älteste 18 Jahre. Da bei dieser Variablen die Normalverteilung nicht angenommen werden konnte (K-S: z=1,482; p=0,025), wird zur Überprüfung der drei unabhängigen PMS-Gruppen das Verfahren der Rangvarianzanalyse nach Kruskal und Wallis (H-Test) gewählt. Als Ergebnis konnten keine signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich dem Menarchealter festgestellt werden ( $\chi^2=0,866$ ; df =2; p=0,649).

➤ Reaktion auf Menarche:

Von den 85 Patientinnen führten 30 Frauen (35,3%) an, mit Selbstverständlichkeit auf die Menarche reagiert zu haben, wobei diesbezüglich Mehrfachnennungen möglich waren. 28 (32,9%) der Befragten beschrieben als Reaktion Überraschung, 22 (25,9%) Unsicherheit, 13 (15,3%) Schreck, 10 (11,8%) Scham, 9 (10,6%) Freude, 8 (9,4%) Stolz, 5 (5,9%) Ärger, 2 (2,4%) Ekel sowie 7 (8,2%) andere Reaktionen: zwei Frauen notierten Angst, eine Frau gab an, nicht aufgeklärt gewesen zu sein (war 15 Jahre bei Eintritt der Menarche). In der Tabelle 9 sind die ersten vier Rangplätze der Reaktion auf die Menarche (Mehrfachnennungen) in den drei PMS-Gruppen sowie der Gesamtstichprobe aufgelistet.

Tabelle 9: Rangplätze Reaktion auf Menarche nach PMS-Gruppen

Reaktion auf Menarche	PMS-Gruppe			
	keine Beschwerden	leichte Beschwerden	mittlere und starke Beschwerden	Gesamt
1. Rang	<i>Selbstverständlichkeit</i> 4 (53,8%)	<i>Überraschung</i> 11 (34,4%)	<i>Überraschung</i> 9 (33,3%)	<i>Selbstverständlichkeit</i> 30 (35,3%)
2. Rang	<i>Überraschung</i> 8 (30,8%)	<i>Selbstverständlichkeit</i> 10 (31,2%)	<i>Unsicherheit</i> 9 (33,3%)	<i>Überraschung</i> 28 (32,9%)
3. Rang	<i>Unsicherheit</i> 5 (19,2%)	<i>Unsicherheit</i> 8 (25,0%)	<i>Schreck</i> 7 (25,9%)	<i>Unsicherheit</i> 22 (25,9%)
4. Rang	<i>andere Reaktion</i> 5 (19,2%)	<i>Freude</i> 6 (18,8%)	<i>Selbstverständlichkeit</i> 6 (22,2%)	<i>Schreck</i> 13 (15,3%)

➤ Zyklusdauer jung:

Die Zyklusdauer in den ersten Jahren nach der Menarche lag über die Gesamtstichprobe gesehen zwischen 16 und 60 Tagen (Modalwert 28 Tage).

➤ Menstruationsbeschwerden jung:

Wie aus Tabelle 10 ersichtlich, sind jene Frauen, die nie Menstruationsbeschwerden als junges Mädchen hatten, mit 28,2% (24 Frauen) am stärksten in der Gesamtstichprobe (n=85) vertreten. Die Anzahl jener, die meistens bzw. immer unter Beschwerden litten, liegen bei jeweils 18. Diese beiden Gruppen umfassen damit je 21,2% der befragten Frauen. Knapp dahinter wurden von 17 Frauen (20,0%) manchmal Beschwerden angegeben, hingegen bemerkten 8 Patientinnen (9,4%) selten Beschwerden.



Tabelle 10: Menstruationsbeschwerden jung nach PMS-Gruppen

Menstruationsbeschwerden jung	PMS-Gruppe			
	keine Beschwerden	leichte Beschwerden	mittlere und starke Beschwerden	Gesamt
nie	12 (14,1%)	6 (7,1%)	6 (7,1%)	24 (28,2%)
selten	2 (2,4%)	6 (7,1%)	0	8 (9,4%)
manchmal	4 (4,7%)	5 (5,9%)	8 (9,4%)	17 (20,0%)
meistens	7 (8,2%)	7 (8,2%)	4 (4,7%)	18 (21,2%)
immer	1 (1,2%)	8 (9,4%)	9 (10,6%)	18 (21,2%)
Gesamt	26 (30,6%)	32 (37,6%)	27 (31,8%)	85 (100,0%)

Im folgenden Balkendiagramm (siehe Abbildung 16) ist die Anzahl der Frauen mit Menstruationsbeschwerden als junges Mädchen in den drei PMS-Gruppen dargestellt. Mittels Chi-Quadrat-Test nach Pearson besteht zwischen den drei Untersuchungsgruppen ein signifikanter Unterschied ( $\chi^2=18,466$ ;  $df=8$ ;  $p=0,018$ ).

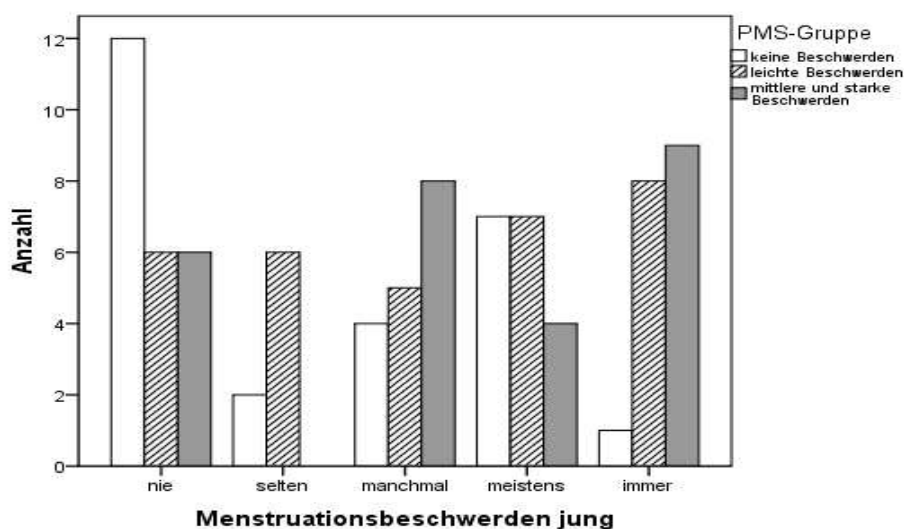


Abbildung 16: Menstruationsbeschwerden jung nach PMS-Gruppen

➤ Sexualkontakt:

87,1% der Befragten gaben Sexualkontakte innerhalb des letzten Halbjahres bekannt, die Frage verneinten dagegen 11 (12,9%). Eine Frau vermerkte eine lesbische Beziehung.

➤ Kontrazeptionsverhalten:

Von den 85 Patientinnen führten 36 Frauen (42,4%) an, keine Verhütungsmittel zu gebrauchen, wobei diesbezüglich Mehrfachnennungen möglich waren. Jeweils 17,6% der Befragten verwendeten Kondome bzw. die Pille und 14,1% gaben „aufpassen“ (Coitus interruptus) an. Ferner berechneten 9,4% die Tage (Knaus Ogino), 8,2% der Frauen waren selbst sterilisiert worden und 7,1% verwendeten die Spirale (Kupfer). Zwei Frauen setzten chemische Mittel ein und bei ebenfalls zwei Patientinnen war deren Partner sterilisiert worden. Die Temperaturmethode, das Diaphragma sowie die Portiokappe als Verhütungsmethode wandte keine der befragten Frauen an.

➤ Schwangerschaften:

Mindestens schon einmal schwanger waren 57 Frauen (67,1%). Mittels Chi-Quadrat-Test nach Pearson besteht zwischen den drei Untersuchungsgruppen kein signifikanter Unterschied ( $\chi^2=1,211$ ;  $df=2$ ;  $p=0,546$ ). 16 Patientinnen (18,8%) erwähnten, vor mehr als 6 Monaten eine oder mehrere Fehlgeburten erlitten zu haben. 20 Frauen (23,5%) gaben an, vor mehr als 6 Monaten einen oder mehrere Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt zu haben. In den letzten 6 Monaten vor der stationären Aufnahme hatte niemand eine Fehlgeburt bzw. einen Schwangerschaftsabbruch.

#### 5.1.4 Menstruationsbiographie

➤ Zyklusdauer aktuell:

77 Frauen (90,6%) notierten, dass ihr aktueller Menstruationszyklus  $28 \pm 5$  Tage beträgt. In der Gesamtstichprobe ( $n=85$ ) sind ferner 8 Frauen (9,4%) enthalten, die ihren Menstruationszyklus als regelmäßig bezeichneten, obwohl dieser bei 7 Frauen (8,2%) laut ihren Angaben unter 23 Tagen sowie bei einer über 33 Tage (1,2%) lag.

➤ Menstruationsphase aktuell:

Die Abbildung 17 zeigt die jeweilige Zyklusphase zum Zeitpunkt der Ersttestung in den drei PMS-Gruppen. Die Verteilung ergibt ein sehr homogenes Bild.

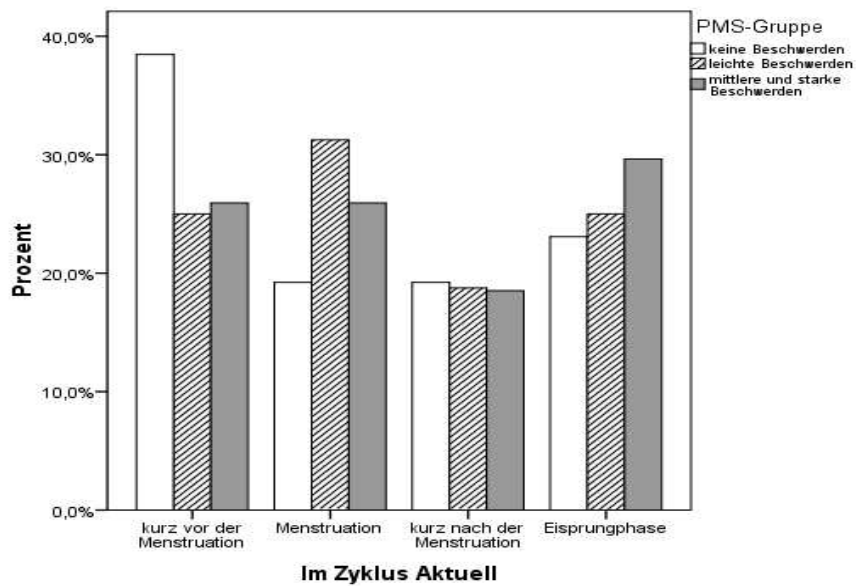


Abbildung 17: Zyklusphase bei Ersttestung nach PMS-Gruppen

➤ Blutungsdauer und -stärke:

Die durchschnittliche Dauer der monatlichen Blutung betrug 5 Tage (Modalwert=5), wobei die Zeitspanne der befragten Patientinnen 2 bis 8 Tage umfasste. Da bei dieser Variablen die Normalverteilung nicht angenommen werden konnte (K-S:  $z=1,931$ ;  $p=0,001$ ), wird zur Überprüfung der drei unabhängigen PMS-Gruppen das Verfahren der Rangvarianzanalyse nach Kruskal und Wallis (H-Test) gewählt. Als Ergebnis konnten keine signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich der Blutungsdauer festgestellt werden ( $\chi^2=1,230$ ;  $df=2$ ;  $p=0,541$ ).

Im Balkendiagramm (siehe Abbildung 18) ist die Anzahl der Frauen nach Blutungsstärke in den drei PMS-Gruppen dargestellt. Mittels Chi-Quadrat-Test nach Pearson besteht zwischen den drei PMS-Gruppen kein signifikanter Unterschied ( $\chi^2=7,650$ ;  $df=6$ ;  $p=0,265$ ).

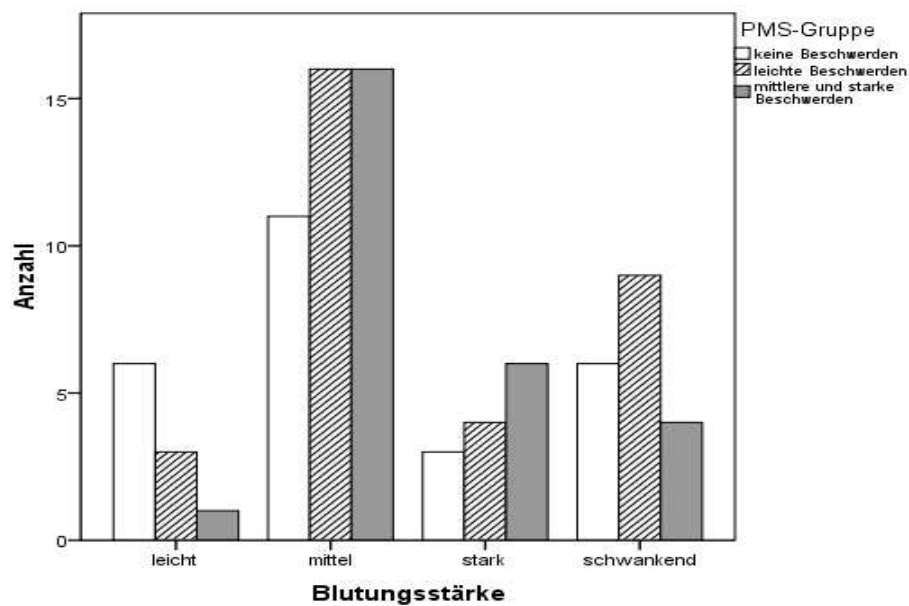


Abbildung 18: Blutungsstärke nach PMS-Gruppen

➤ Beschwerden vor der Menstruation:

Die subjektive Einschätzung des Schweregrades der prämenstruellen Beschwerden durch die Beantwortung dieser Frage führte zur entsprechenden Gruppeneinteilung in die drei PMS-Untergruppen (siehe Kap. 5.1). 26 Frauen (30,6%) bemerkten keine Beschwerden, 32 (37,6%) leichte Beschwerden, 19 (22,4%) mittlere und 8 Frauen (9,4%) schwere Beschwerden vor der Menstruation. Die 19 Patientinnen, die unter mittleren Beschwerden litten, wurden mit den 8 Frauen, welche schwere Beschwerden angaben, in eine PMS-Gruppe zusammengefasst.

➤ Behandlung von Menstruationsbeschwerden:

3 Frauen (3,5%) aller 85 Patientinnen stehen betreffend Menstruationsbeschwerden in Behandlung. Zwei dieser Frauen bezeichneten die Beschwerden vor der Menstruation als schwer und eine Frau als leicht.

### 5.1.5 Trinkverhalten, -motive und Abstinenzsymptome

➤ Rauchen:

74 aller teilgenommenen Patientinnen rauchten, das sind beachtliche 87,1% der Gesamtstichprobe (n=85). Als Nichtraucherinnen bezeichneten sich 11 Frauen (12,9%) und niemand hatte (endgültig) aufgehört. Die Jahre, in denen geraucht wurde, betrugen durchschnittlich 18 Jahre (Modalwert=20), wobei im Schnitt etwas mehr als 20 Zigaretten pro Tag konsumiert wurden (Min=5; Max=70). Eine Patientin rauchte täglich zwei Zigarren.

➤ Alkoholart und -menge:

Von den 85 Patientinnen führten 49 Frauen (57,6%) an, Wein zu trinken, wobei diesbezüglich Mehrfachnennungen möglich waren. Nur knapp dahinter wird von 48 Frauen (56,5%) Bier getrunken, gefolgt von Schnaps bei 43 Frauen (50,6%). An letzter Stelle steht der Alkoholkonsum von Likör mit 2,4% (2 Frauen). Nach Sekt/Schaumwein wurde in dieser Studie nicht separat gefragt. Wie Tabelle 11 zeigt, sind die Häufigkeiten der jeweiligen Alkoholarten in den PMS-Gruppen sehr homogen verteilt.

Tabelle 11: Alkoholart nach PMS-Gruppen

Alkoholart	PMS-Gruppe			
	keine Beschwerden	leichte Beschwerden	mittlere und starke Beschwerden	Gesamt
Wein	12 (14,1%)	22 (25,9%)	15 (17,6%)	49 (57,6%)
Bier	17 (20,0%)	12 (14,1%)	19 (22,4%)	48 (56,5%)
Schnaps	14 (16,5%)	15 (17,6%)	14 (16,5%)	43 (50,6%)
Likör	1 (1,2%)	0	1	2 (2,4%)
Gesamt	26 (30,6%)	32 (37,6%)	27 (31,8%)	85 (100,0%)

Die Befragung nach den täglichen Alkoholmengen (ÖSG gesamt pro Tag) unterliegt einer großen Schwankungsbreite: Der Durchschnitt aller 85 Patientinnen liegt bei 160 Gramm Alkohol pro Tag bzw. 8 ÖSG (Md=8,0; s=7,47; Modalwert=4,0). Hinsichtlich der Angaben zu den einzelnen Getränkearten werden durchschnittlich ein Liter Wein (Md= 4,0 ÖSG), 2,25

Liter Bier (Md = 4,5 ÖSG), 13 kleine Schnäpse à 20 ml (Md = 4,33 ÖSG) bzw. 1/16 Liter Likör pro Tag getrunken.

➤ Trinkhäufigkeit:

Wie unten in der Abbildung 19 dargestellt, trinken 33 Frauen (38,8%) der Gesamtstichprobe (n=85) täglich Alkohol, 20 (23,5%) mehr als 3 Tage pro Woche, 25 (29,4%) zwischen 1 bis 3 Tage pro Woche und 7 Frauen (8,2%) zwischen 1 bis 3 Tage pro Monat.

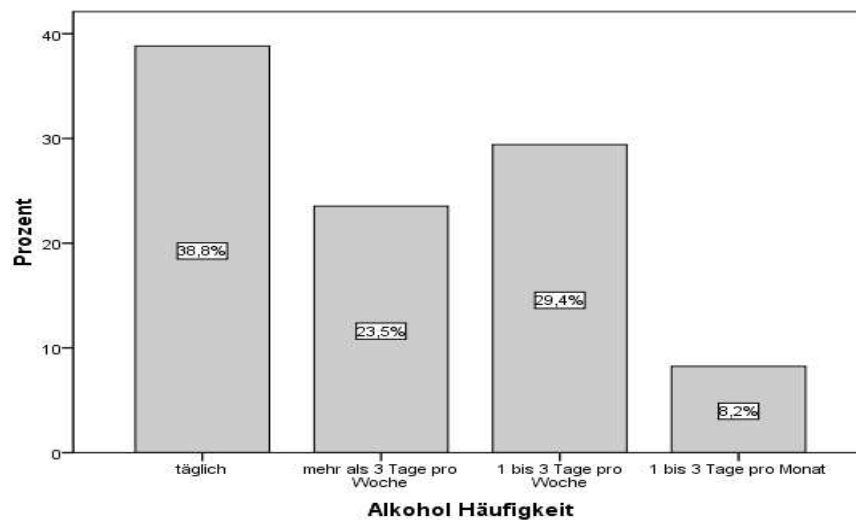


Abbildung 19: Trinkhäufigkeit der Gesamtstichprobe

In der folgenden Tabelle 12 sind die Anzahl und Prozente in den einzelnen PMS-Gruppen sowie in der Gesamtstichprobe bezüglich der Trinkhäufigkeit angegeben. Mittels Chi-Quadrat-Test nach Pearson besteht zwischen den drei PMS-Gruppen kein signifikanter Unterschied ( $\chi^2=3,473$ ;  $df=6$ ;  $p=0,748$ ).

Tabelle 12: Trinkhäufigkeit nach PMS-Gruppen

Trinkhäufigkeit	PMS-Gruppe			
	keine Beschwerden	leichte Beschwerden	mittlere und starke Beschwerden	Gesamt
täglich	8 (9,4%)	13 (15,3%)	12 (14,1%)	33 (38,8%)
mehr als 3 Tage pro Woche	9 (10,6%)	7 (8,2%)	4 (4,7%)	20 (23,5%)
1 bis 3 Tage pro Woche	7 (8,2%)	10 (11,8%)	8 (9,4%)	25 (29,4%)
1 bis 3 Tage pro Monat	2 (2,4%)	2 (2,4%)	3 (3,5%)	7 (8,2%)
Gesamt	26 (30,6%)	32 (37,6%)	27 (31,8%)	85 (100,0%)

Als Übersicht dazu dient auch die Abbildung 20, welche die Anzahl der Fälle in den drei PMS-Gruppen dargestellt. Es zeigt sich eine sehr homogene Häufigkeitsverteilung.

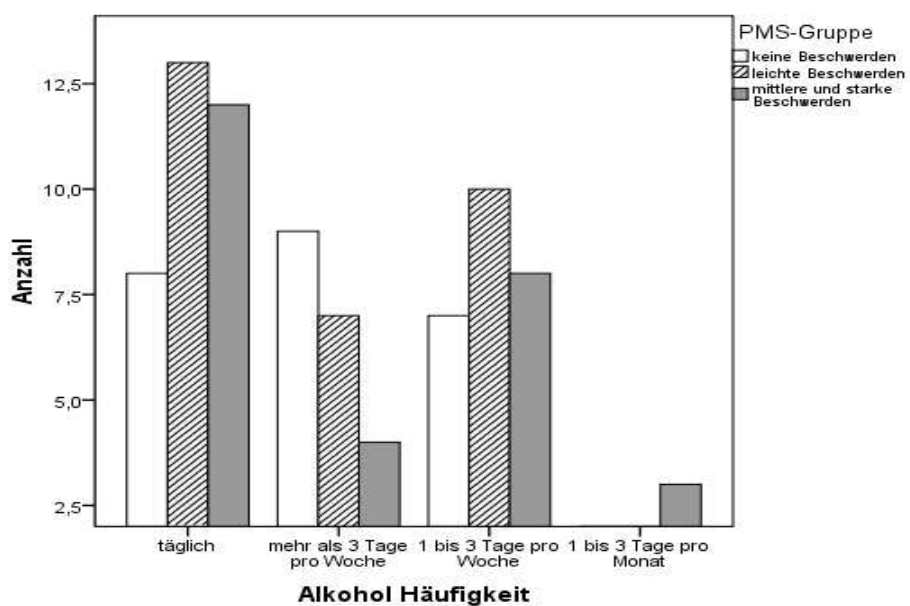


Abbildung 20: Alkohol Häufigkeit nach PMS-Gruppen

➤ Trinkregelmäßigkeit und problematischer Alkoholkonsum:

58 Frauen (68,2%) aller befragten Patientinnen konsumieren regelmäßig Alkohol, welche sich bezüglich der Trinkhäufigkeit wie folgt verteilen: 31 dieser Frauen (36,5%) trinken täglich, 11 (12,9%) mehr als 3 Tage pro Woche, 14 (16,5%) zwischen 1 bis 3 Tage pro Woche und 2 (2,4%) zwischen 1 bis 3 Tage pro Monat.

In der folgenden Tabelle 13 sind die Anzahl und Prozente in den einzelnen PMS-Gruppen sowie in der Gesamtstichprobe bezüglich der Regelmäßigkeit des Alkoholkonsums angegeben. Mittels Chi-Quadrat-Test nach Pearson besteht zwischen den drei PMS-Gruppen kein signifikanter Unterschied ( $\chi^2=0,554$ ;  $df=2$ ;  $p=0,758$ ).

Tabelle 13: regelmäßiger Alkoholkonsum nach PMS-Gruppen

regelmäßiger Alkoholkonsum	PMS-Gruppe			
	keine Beschwerden	leichte Beschwerden	mittlere und starke Beschwerden	Gesamt
ja	18 (21,2%)	23 (27,0%)	17 (20,0%)	58 (68,2%)
nein	8 (9,4%)	9 (10,6%)	10 (11,8%)	27 (31,8%)
Gesamt	26 (30,6%)	32 (37,6%)	27 (31,8%)	85 (100,0%)

77 Frauen (91,7%) aller befragten Patientinnen ( $n=85$ ) empfinden ihren Alkoholkonsum als problematisch. Als problematische Trinkdauer wird eine Zeitspanne zwischen einem Monat und 20 Jahren angegeben (Modalwert=1 Jahr). Insgesamt gesehen wurden im Schnitt bereits 8 Jahre Alkohol getrunken ( $Md=8,0$ ;  $s=7,46$ ;  $Max=27$  Jahre).

➤ Trinkverhalten hinsichtlich Menstruationszyklus:

49 Frauen (57,6%) gaben an, dass ihr Menstruationszyklus keinen Einfluss auf ihr Trinkverhalten hatte, 15 Frauen (17,6%) konnten diesbezüglich keine Angaben machen und 21 Patientinnen (24,7%) beschrieben dagegen einen entsprechenden Einfluss des monatlichen Zyklus. In der folgenden Tabelle 14 sind die Anzahl und Prozentwerte in den einzelnen PMS-Gruppen sowie in der Gesamtstichprobe hinsichtlich der Frage nach einem etwaigen Einfluss des Menstruationszyklus auf den Alkoholkonsum aufgelistet. Mittels Chi-Quadrat-Test nach Pearson besteht zwischen den drei PMS-Gruppen kein signifikanter Unterschied ( $\chi^2=0,297$ ;  $df=4$ ;  $p=0,297$ ).



Tabelle 14: Zykluseinfluss auf Alkoholkonsum nach PMS-Gruppen

Zykluseinfluss auf Alkoholkonsum	PMS-Gruppe			
	keine Beschwerden	leichte Beschwerden	mittlere und starke Beschwerden	Gesamt
nein	19 (22,4%)	18 (21,2%)	12 (14,1%)	49 (57,6%)
ja	4 (4,7%)	9 (10,6%)	8 (9,4%)	21 (24,7%)
fraglich	3 (3,5%)	5 (5,9%)	7 (8,2%)	15 (17,6%)
Gesamt	26 (30,6%)	32 (37,6%)	27 (31,8%)	85 (100,0%)

Wie aus der Tabelle 14 ersichtlich wird, beschrieben somit rund  $\frac{1}{4}$  der befragten Patientinnen (24,7% bzw. 21 Frauen) einen Einfluss des Menstruationszyklus auf ihren Alkoholkonsum. In der Abbildung 21 sind die Häufigkeiten der Tabelle 14 mittels Balkendiagramm in den jeweiligen PMS-Gruppen dargestellt.

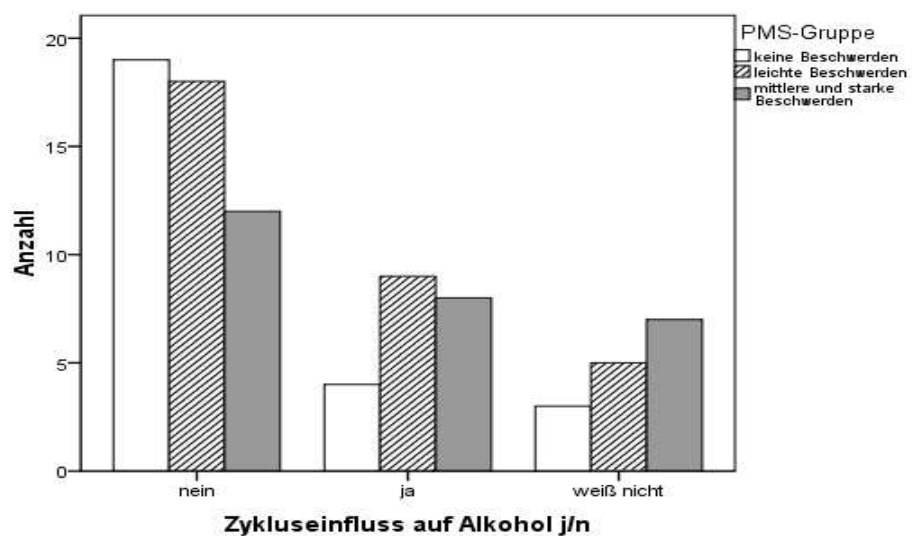


Abbildung 21: Zykluseinfluss auf Alkoholkonsum nach PMS-Gruppen

Es wurde nun in weiterer Folge untersucht, inwiefern bei diesen 21 Frauen der Einfluss ihres Menstruationszyklus auf ihr Trinkverhalten besteht. In der Abbildung 22 ist das jeweilige Trinkverhalten in der prämenstruellen Phase der 21 Frauen, die einen Zykluseinfluss bemerkt haben, in den drei PMS-Gruppen dargestellt.

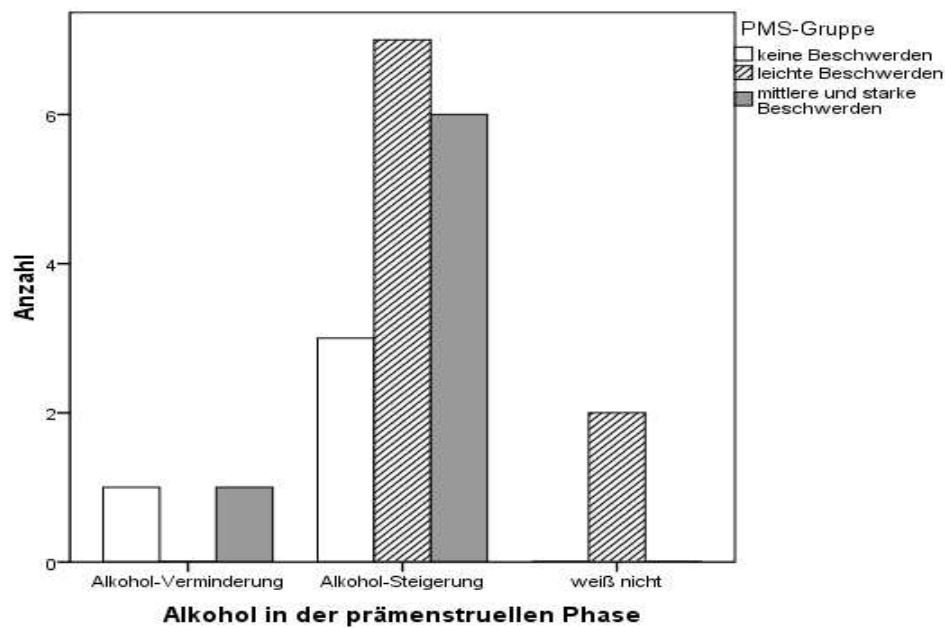


Abbildung 22: Alkoholkonsum in prämenstrueller Phase nach PMS-Gruppen

In der Tabelle 15 sind die gezählten Fälle hinsichtlich einer etwaigen Alkoholsteigerung nach PMS-Gruppen über den Menstruationszyklus aufgelistet (Mehrfachnennungen waren möglich). In der Zeit vor der Menstruation gaben 16 Frauen (d. h. 18,8% der Gesamtstichprobe  $n=85$ ) an, den Alkoholkonsum zu steigern; während der Menstruation taten dies 5 Frauen. Zu erwähnen ist allerdings, dass alle diese 5 Frauen ebenfalls angaben, bereits in der prämenstruellen Phase mehr Alkohol zu trinken. Während der Menstruation erwähnte eine Frau ferner eine Alkoholverminderung und 3 Frauen konnten keine diesbezüglichen Angaben machen. Von den sieben abgegebenen Antworten bezüglich des Alkoholkonsums nach der Menstruation gab eine Frau an, ihre Trinkmenge zu steigern (Anm.: trank nach ihren Angaben bereits seit der prämenstruellen Phase mehr), zwei Frauen verringerten den Alkoholkonsum und vier machten hierzu keine Angaben. Während der Eisprungphase notierte eine Patientin eine Alkoholverminderung und eine hingegen eine Alkoholsteigerung.

Tabelle 15: Alkoholsteigerung während des Zyklus nach PMS-Gruppen (Mehrfachnennungen)

Alkoholsteigerung während des Zyklus	PMS-Gruppe			
	keine Beschwerden	leichte Beschwerden	mittlere und starke Beschwerden	Gesamt
kurz vor der Menstruation	3	7	6	16
während der Menstruation	0	1	4	5
kurz nach der Menstruation	0	0	1	1
Eisprungphase	0	1	0	1
Anzahl gesamt	3	7	6	16

Zusammenfassend kann bezüglich des Trinkverhaltens und des Menstruationszyklus gesagt werden, dass rund  $\frac{1}{4}$  der befragten Patientinnen einen Zykluseinfluss auf ihren Alkoholkonsum bekannt gaben; von diesen 21 Frauen, erhöhten 16 (das sind 18,8% der Gesamtstichprobe) nach ihren Angaben ihre Trinkmenge in der prämenstruellen Phase, wobei 5 von denen auch während der Menstruation weiter tranken.

➤ Trinkmotive:

Von den 85 Patientinnen führten 44 Frauen (51,8%) an, wegen depressiver Verstimmung zu trinken, wobei diesbezüglich Mehrfachnennungen möglich waren. Als Trinkmotiv am zweiten Rangplatz wurde von 40 Frauen (47,1%) Beziehungsprobleme mit dem Ehemann/Partner genannt. Die weiteren Reihenfolgen lauteten: 39 (45,9%) Patientinnen erwähnten Stress/Überlastung, 34 (40%) jeweils Entzugserscheinungen und Einsamkeit, 30 (35,3%) Langeweile, 26 (30,6%) Verlust von Personen (durch Scheidung, Trennung, Tod), 22 (25,9%) Schlafstörung, 20 (23,5%) familiäre und 15 (17,6%) berufliche Schwierigkeiten. Sexuale Konflikte wurden von 6 Frauen (7,1%) und andere (wie Angst, Ärger, Gewohnheit) von 7 Patientinnen (8,2%) genannt.

Unten in der Tabelle 16 sind die jeweils ersten fünf Rangplätze der Mehrfachantworten bezüglich der Trinkmotive in den PMS-Gruppen sowie der Gesamtstichprobe aufgelistet.

Tabelle 16: Rangplätze Trinkmotive nach PMS-Gruppen

Trink- motive	PMS-Gruppe			
	keine Beschwerden	leichte Beschwerden	mittlere und starke Beschwerden	Gesamt
1. Rang	<i>Beziehungsprobleme</i> 13 (15,3%)	<i>depr. Verstimmung</i> 21 (24,7%)	<i>Stress/Überbelastung</i> 14 (16,5%)	<i>depr. Verstimmung</i> 44 (51,8%)
2. Rang	<i>Einsamkeit</i> 11 (12,9%)	<i>Stress/Überbelastung</i> 16 (18,8%)	<i>depr. Verstimmung</i> 13 (15,3%)	<i>Beziehungsprobleme</i> 40 (47,1%)
3. Rang	<i>Langeweile</i> 11 (12,9%)	<i>Beziehungsprobleme</i> 15 (17,6%)	<i>Beziehungsprobleme</i> 12 (14,1%)	<i>Stress/Überbelastung</i> 39 (45,9%)
4. Rang	<i>depr. Verstimmung</i> 10 (11,8%)	<i>Langeweile</i> 13 (15,3%)	<i>Einsamkeit</i> 11 (12,9%)	<i>Einsamkeit</i> 34 (40,0%)
5. Rang	<i>Stress/Überbelastung</i> 9 (10,6%)	<i>Einsamkeit</i> 12 (14,1%)	<i>Verlust von Personen</i> 10 (11,8%)	<i>Entzugserscheinungen</i> 34 (40,0%)
...				

➤ Trinksituation:

55 Frauen (64,7%) gaben an vorwiegend allein zu Hause getrunken zu haben, wobei diesbezüglich Mehrfachnennungen möglich waren. 35 (41,2%) der Patientinnen tranken in Lokalen, 31 (36,5%) in Gesellschaft, 29 (34,1%) zu Hause sowie 16 (18,8%) am Arbeitsplatz. Zu erwähnen ist ferner, dass knapp die Hälfte nämlich 42 (49,4%) Patientinnen heimlich tranken und 39 (45,9%) dies verneinten, 4 Frauen waren sich dieser Frage unschlüssig und beantworteten sie mit „weiß nicht“.

In der Tabelle 17 sind die fünf Rangplätze der Trinkorte (Mehrfachnennungen) in den PMS-Gruppen sowie in der Gesamtstichprobe aufgelistet, wobei nur die PMS-Gruppe „keine Beschwerden“ minimal abweicht.

Tabelle 17: Rangplätze Ort des Trinkens nach PMS-Gruppen

Ort des Trinkens	PMS-Gruppe			
	keine Beschwerden	leichte Beschwerden	mittlere und starke Beschwerden	Gesamt
1. Rang	<i>allein zu Hause</i> 16 (18,8%)	<i>allein zu Hause</i> 22 (25,9%)	<i>allein zu Hause</i> 17 (20,0%)	<i>allein zu Hause</i> 55 (64,7%)
2. Rang	<i>zu Hause</i> 12 (14,1%)	<i>in Lokale</i> 12 (14,1%)	<i>in Lokale</i> 12 (14,1%)	<i>in Lokale</i> 35 (41,2%)
3. Rang	<i>in Lokale</i> 11 (12,9%)	<i>in Gesellschaft</i> 8 (9,4%)	<i>in Gesellschaft</i> 12 (14,1%)	<i>in Gesellschaft</i> 31 (36,5%)
4. Rang	<i>in Gesellschaft</i> 11 (12,9%)	<i>zu Hause</i> 7 (8,2%)	<i>zu Hause</i> 10 (11,8%)	<i>zu Hause</i> 29 (34,1%)
5. Rang	<i>am Arbeitsplatz</i> 3 (3,5%)	<i>am Arbeitsplatz</i> 6 (7,1%)	<i>am Arbeitsplatz</i> 7 (8,2%)	<i>am Arbeitsplatz</i> 16 (18,8%)

Hinsichtlich der erfragten Tageszeit gaben 71 (83,5%) Frauen der Gesamtstichprobe (n=85) an, vorwiegend abends zu trinken. Bereits am Nachmittag tranken 60 Frauen (70,6%), zu Mittag 39 (45,9%), am Morgen 40 (47,1%) und in der Nacht 30 (35,3%) Patientinnen.

➤ Entwöhnungsversuche:

48 Frauen (56,5%) haben schon früher Entwöhnungsversuche unternommen, die Abstinenzdauer dabei betrug im Schnitt ein halbes Jahr (Md=0,5 Jahre; s=2,68). Eine Patientin war mit 13 Jahren am längsten abstinent.

➤ Abstinenzsymptome:

Bei dieser Frage wurden insgesamt 17 Abstinenzsymptome als Antwortmöglichkeit (Mehrfachnennungen) vorgegeben. Von der Gesamtstichprobe (n=85) wurden folgende angekreuzt: 58 Frauen (70,7%) berichteten von Schlafstörungen, ebenfalls 58 Frauen (70,7%) von Zittern, 57 (69,5%) von Unruhe, jeweils 54 (65,9%) von Appetitstörungen und Schweißneigung sowie je 46 Patientinnen (56,1%) von Depressionen und Reizbarkeit. Am seltensten wurden von 10 Frauen (12,2%) Halluzinationen und von 9 Frauen (11,0%) epileptische Anfälle genannt. Nur drei der befragten Frauen bemerkten überhaupt keine Abstinenzsymptome. In der Tabelle 18 sind die ersten sieben Rangplätze der

Abstinenzsymptome (Mehrfachantworten) in den drei PMS-Gruppen sowie in der Gesamtstichprobe aufgelistet.

Tabelle 18: Rangplätze Abstinenzsymptome nach PMS-Gruppen

Abstinenz-symptome	PMS-Gruppe			
	keine Beschwerden	leichte Beschwerden	mittlere und starke Beschwerden	Gesamt
1. Rang	<i>Zittern</i> 20 (24,4%)	<i>Schlafstörungen</i> 24 (29,3%)	<i>Unruhe</i> 20 (24,4%)	<i>Schlafstörungen</i> 58 (70,7%)
2. Rang	<i>Schlafstörungen</i> 16 (19,5%)	<i>Unruhe</i> 24 (29,3%)	<i>Appetitstörungen</i> 19 (23,2%)	<i>Zittern</i> 58 (70,7%)
3. Rang	<i>Schweißneigung</i> 16 (19,5%)	<i>Appetitstörungen</i> 23 (28,0%)	<i>Schweißneigung</i> 19 (23,2%)	<i>Unruhe</i> 57 (69,5%)
4. Rang	<i>Brechreiz</i> 14 (17,1%)	<i>Reizbarkeit</i> 22 (26,8%)	<i>Zittern</i> 19 (23,2%)	<i>Appetitstörungen</i> 54 (65,9%)
5. Rang	<i>Durchfälle</i> 14 (17,1%)	<i>Depressionen</i> 20 (24,4%)	<i>Schlafstörungen</i> 18 (22,0%)	<i>Schweißneigung</i> 54 (65,9%)
6. Rang	<i>Unruhe</i> 13 (15,9%)	<i>Schweißneigung</i> 19 (23,2%)	<i>Depressionen</i> 15 (18,3%)	<i>Depressionen</i> 46 (56,1%)
7. Rang	<i>Appetitstörungen</i> 12 (14,6%)	<i>Zittern</i> 19 (23,2%)	<i>Reizbarkeit</i> 15 (18,3%)	<i>Reizbarkeit</i> 46 (56,1%)
...				

➤ Medikamente und andere Drogen:

Von der Gesamtstichprobe (n=85) wurde von 19 Frauen (22,4%) die Einnahme von Medikamenten im letzten Halbjahr selbst als Problem angesehen. Eine Patientin führte ihren Haschischkonsum im letzten Halbjahr ebenfalls als Problem an.

➤ Aktueller Behandlungsanstoß:

Als Gründe für den aktuellen Behandlungsbeginn wurden von den Patientinnen wie folgt genannt, wobei auch hier Mehrfachnennungen möglich waren: An erster Stelle stand die persönliche Umgebung (wie Familie, Freunde) mit 53 Nennungen (62,4%). Danach kam bei 35 Frauen (41,2%) der Gesundheitsbereich (Krankheit bzw. drohende Erkrankung) und bei 27 (31,8%) der finanziell-materielle Bereich (wie Arbeitsplatzverlust). 20 Frauen nannten (23,5%) einen aktuellen Rückfall und 18 Patientinnen (21,2%) betonten den eigenen Willen.

In der Tabelle 19 sind die ersten drei Rangplätze betreffend dem aktuellen Behandlungsanstoß in den drei PMS-Gruppen sowie in der Gesamtstichprobe angeführt.

Tabelle 19: Rangplätze aktueller Behandlungsanstoß nach PMS-Gruppen

Behandlung	PMS-Gruppe			
	keine Beschwerden	leichte Beschwerden	mittlere und starke Beschwerden	Gesamt
<b>1. Rang</b>	<i>persönl. Umgebung</i> 17 (20,0%)	<i>persönl. Umgebung</i> 20 (23,5%)	<i>persönl. Umgebung</i> 16 (18,8%)	<i>persönl. Umgebung</i> 53 (62,4%)
<b>2. Rang</b>	<i>finanzieller Bereich</i> 11 (12,9%)	<i>Gesundheit</i> 14 (16,5%)	<i>Gesundheit</i> 13 (15,3%)	<i>Gesundheit</i> 35 (41,2%)
<b>3. Rang</b>	<i>Gesundheit</i> 8 (9,4%)	<i>akuter Rückfall</i> 11 (12,9%)	<i>finanzieller Bereich</i> 9 (10,6%)	<i>finanzieller Bereich</i> 27 (31,8%)
...				

## 5.2 Darstellung der einzelnen Testergebnisse

In diesem Abschnitt sollen die Testergebnisse der einzelnen Faktoren des „Menstrual Attitude Questionnaire“ (MAQ) sowie des Berliner Fragebogens zum Erleben der Menstruation (FEM) dargestellt und am Ende kurz zusammengefasst werden.

### 5.2.1 Menstrual Attitude Questionnaire (MAQ)

Mit Hilfe der deutschen Neukonstruktion des Fragebogens, welcher fünf Skalen umfasst, werden Variablen zur „Einstellung zur Menstruation“ untersucht. Die Überprüfung auf Normalverteilung (konnte angenommen werden) wurde mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test für alle fünf Skalen durchgeführt. Da jedoch in zwei Skalen (MAQ-Faktor 1 und MAQ-Faktor 5) die Homogenität der Varianzen mittels Levene-Test nicht angenommen werden konnte, wurde eine Rangvarianzanalyse für die drei unabhängigen PMS-Gruppen nach Kruskal und Wallis (H-Test) durchgeführt. Wie weiter unten noch etwas genauer erläutert wird, konnten signifikante Gruppenunterschiede hinsichtlich dem MAQ-Faktor 1 ( $\chi^2=12,260$ ;  $df=2$ ;  $p=0,002$ ) und dem MAQ-Faktor 5 ( $\chi^2=11,662$ ;  $df=2$ ;  $p=0,003$ ) festgestellt werden.

In den folgenden Tabellen (siehe Tabelle 20 bis Tabelle 24) sind die Mittelwerte ( $\bar{X}$ ) und Standardabweichungen (s) für jeden einzelnen der fünf MAQ-Faktoren in den drei PMS-Gruppen sowie in der Gesamtstichprobe (n=85) aufgelistet. Unterhalb dieser Tabellen sind als Vergleich die Kennzahlen von Strauß et al. (1987) – nach deutscher Neukonstruktion und Validierung dieses Fragebogens – angeführt.

➤ Skala 1 - Menstruation als Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit:

Je höher die Mittelwerte liegen, desto größer ist die beschriebene Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit.

Tabelle 20: MAQ-Faktor 1 nach PMS-Gruppen

MAQ-Faktor 1	PMS-Gruppe			
	keine Beschwerden (1)	leichte Beschwerden (2)	mittlere und starke Beschwerden (3)	Gesamt
Mittelwert ( $\bar{X}$ )	2,61	2,93	3,31	2,95
Standardabweichung (s)	0,92	0,58	0,48	0,72

(nach Strauß et al., 1987:  $\bar{X}$  = 2,73; s = 0,80)

Die Rangvarianzanalyse nach Kruskal und Wallis (H-Test) zeigte signifikante Gruppenunterschiede ( $\chi^2$  = 12,260; df = 2; p = 0,002), diesen wurde mit Hilfe des U-Tests nach Mann und Whitney nachgegangen. So konnten zwischen der PMS-Gruppe 1 und der PMS-Gruppe 3 (z = -3,085; p = 0,002) sowie zwischen der PMS-Gruppe 2 und der PMS-Gruppe 3 (z = -2,582; p = 0,010) jeweils signifikante Unterschiede festgestellt werden. D. h. hinsichtlich der Beschreibung „Menstruation als Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit“ weichen die PMS-Gruppen „keine“ bzw. „leichte Beschwerden“ signifikant von der Gruppe „mittlere und starke Beschwerden“ ab, welche im Schnitt in dieser Skala (siehe Tabelle 20) höhere Werte erzielte.

➤ Skala 2 - Positive Sicht der Menstruation:

Je höher die Mittelwerte sind, desto positiver wird die Menstruation gesehen, d. h. umgekehrt sind daher niedrige Werte eher negativ.



Tabelle 21: MAQ-Faktor 2 nach PMS-Gruppen

MAQ-Faktor 2	PMS-Gruppe			
	keine Beschwerden (1)	leichte Beschwerden (2)	mittlere und starke Beschwerden (3)	Gesamt
Mittelwert ( $\bar{X}$ )	2,77	2,81	2,57	2,72
Standardabweichung (s)	0,51	0,70	0,53	0,59

(nach Strauß et al., 1987:  $\bar{X} = 3,26$ ;  $s = 0,74$ )

Die Rangvarianzanalyse nach Kruskal und Wallis (H-Test) zeigte hier keine signifikanten Gruppenunterschiede ( $\chi^2 = 2,071$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,355$ ). D. h. hinsichtlich der Beschreibung „Positive Sicht der Menstruation“ unterscheiden sich die drei PMS-Gruppen nicht signifikant voneinander.

➤ Skala 3 - Verneinung von Auswirkungen der Menstruation:

Je höher die Mittelwerte sind, desto mehr werden die Auswirkungen verleugnet, d. h. Versuchspersonen mit niedrigen Werten leugnen Auswirkungen weniger.

Tabelle 22: MAQ-Faktor 3 nach PMS-Gruppen

MAQ-Faktor 3	PMS-Gruppe			
	keine Beschwerden (1)	leichte Beschwerden (2)	mittlere und starke Beschwerden (3)	Gesamt
Mittelwert ( $\bar{X}$ )	3,23	2,98	2,80	3,00
Standardabweichung (s)	0,62	0,79	0,92	0,80

(nach Strauß et al., 1987:  $\bar{X} = 2,26$ ;  $s = 0,69$ )

Die Rangvarianzanalyse nach Kruskal und Wallis (H-Test) zeigte keine signifikanten Gruppenunterschiede ( $\chi^2 = 4,096$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,129$ ). D. h. hinsichtlich der Beschreibung „Verneinung von Auswirkungen der Menstruation“ unterscheiden sich die drei PMS-Gruppen nicht signifikant voneinander.

➤ Skala 4 - Menstruation als Beeinträchtigung der Sexualität:

Je höher die Mittelwerte sind, desto größer ist die beschriebene Beeinträchtigung der Sexualität.

Tabelle 23: MAQ-Faktor 4 nach PMS-Gruppen

MAQ-Faktor 4	PMS-Gruppe			
	keine Beschwerden (1)	leichte Beschwerden (2)	mittlere und starke Beschwerden (3)	Gesamt
Mittelwert ( $\bar{X}$ )	2,94	3,30	3,28	3,18
Standardabweichung (s)	1,31	0,96	1,09	1,12

(nach Strauß et al., 1987:  $\bar{X} = 2,54$ ;  $s = 0,94$ )

Die Rangvarianzanalyse nach Kruskal und Wallis (H-Test) zeigte auch hier keine signifikanten Gruppenunterschiede ( $\chi^2 = 1,450$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,484$ ). D. h. hinsichtlich der Beschreibung „Menstruation als Beeinträchtigung der Sexualität“ unterscheiden sich die drei PMS-Gruppen nicht signifikant voneinander.

➤ Skala 5 - Menstruation als Beeinträchtigung der psychischen Befindlichkeit:

Je höher die Mittelwerte sind, desto größer ist die beschriebene Beeinträchtigung der psychischen Befindlichkeit.

Tabelle 24: MAQ-Faktor 5 nach PMS-Gruppen

MAQ-Faktor 5	PMS-Gruppe			
	keine Beschwerden (1)	leichte Beschwerden (2)	mittlere und starke Beschwerden (3)	Gesamt
Mittelwert ( $\bar{X}$ )	3,09	3,67	3,96	3,58
Standardabweichung (s)	0,96	0,62	0,75	0,84

(nach Strauß et al., 1987:  $\bar{X} = 3,64$ ;  $s = 0,86$ )

Die Rangvarianzanalyse nach Kruskal und Wallis (H-Test) zeigte signifikante Gruppenunterschiede ( $\chi^2 = 11,662$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,003$ ), welchen mit Hilfe des U-Tests nach Mann und Whitney nachgegangen wurde. So konnten zwischen der PMS-Gruppe 1 und der PMS-Gruppe 2 ( $z = -2,324$ ;  $p = 0,020$ ) sowie zwischen der PMS-Gruppe 1 und PMS-Gruppe 3 ( $z = -3,127$ ;

$p=0,002$ ) signifikante Unterschiede festgestellt werden. D. h. hinsichtlich der Beschreibung „Menstruation als Beeinträchtigung der psychischen Befindlichkeit“ weicht die PMS-Gruppe „keine Beschwerden“ signifikant von den beiden PMS-Gruppen „leichte“ bzw. „mittlere und starke Beschwerden“ ab. Die zwei zuletzt erwähnten Gruppen erzielten im Schnitt in dieser Skala höhere Werte (siehe Tabelle 24).

### 5.2.2 Berliner Fragebogen zum Menstruationserleben (FEM)

Die Überprüfung auf Normalverteilung (konnte angenommen werden) wurde mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test für alle fünf Skalen durchgeführt. Da bei allen fünf Skalen die Homogenität der Varianzen mittels Levene-Test ebenfalls angenommen werden konnte, wurden mehrere einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) für die drei unabhängigen PMS-Gruppen durchgeführt. Wie weiter unten noch näher ausgeführt wird, konnten signifikante Gruppenunterschiede hinsichtlich dem FEM-Faktor 1 ( $F=12,769$ ;  $df=2$ ;  $p\leq 0,001$ ), dem FEM-Faktor 2 ( $F=8,079$ ;  $df=2$ ;  $p=0,001$ ) sowie dem FEM-Faktor 4 ( $F=4,057$ ;  $df=2$ ;  $p=0,021$ ) festgestellt werden.

In den folgenden Tabellen (siehe Tabelle 25 bis Tabelle 29) sind die Mittelwerte ( $\bar{X}$ ) und Standardabweichungen ( $s$ ) für jeden einzelnen der fünf FEM-Faktoren in den drei jeweiligen PMS-Gruppen sowie in der Gesamtstichprobe ( $n=85$ ) aufgelistet.

Wie bereits erwähnt wurde (siehe Kap. 4.4.3), stellt der FEM ein Forschungsinstrument dar und insofern sind keine adäquaten Vergleichszahlen bei Saupe (1987) dokumentiert. Bei Literaturrecherchen wurden in der Diplomarbeit von Guggenberger-Frötscher (1994) unter Anwendung derselben empfohlenen verkürzten Fassung (mit 30 Items) des Fragebogens mit fünf Antwortalternativen bei 38 „normalen“ Frauen nachstehende Kennzahlen beschrieben, welche jeweils unterhalb der Tabellen angeführt sind.

➤ Belastetheit während der Menstruation (FEM-Faktor 1):

Je höher die Mittelwerte sind, desto größer ist die erlebte und beschriebene Belastetheit während der Menstruation.

Tabelle 25: FEM-Faktor 1 nach PMS-Gruppen

FEM-Faktor 1	PMS-Gruppe			
	keine Beschwerden (1)	leichte Beschwerden (2)	mittlere und starke Beschwerden (3)	Gesamt
Mittelwert ( $\bar{X}$ )	2,14	2,45	3,27	2,61
Standardabweichung (s)	0,86	0,89	0,76	0,95

(nach Guggenberger-Frötscher, 1994:  $\bar{X} = 2,65$ ;  $s = 0,95$ )

Die einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) für die drei unabhängigen Stichproben zeigte signifikante Unterschiede zwischen den PMS-Gruppen ( $F=12,769$ ;  $df=2$ ;  $p \leq 0,001$ ), welchen mit Hilfe des post hoc Scheffé-Test nachgegangen wurde. So konnten zwischen der PMS-Gruppe 1 und PMS-Gruppe 3 ( $p \leq 0,001$ ) sowie zwischen der PMS-Gruppe 2 und der PMS-Gruppe 3 ( $p=0,002$ ) jeweils signifikante Unterschiede festgestellt werden. D. h. hinsichtlich der Beschreibung „Belastetheit während der Menstruation“ weicht die PMS-Gruppe „mittlere und starke Beschwerden“ signifikant von den beiden PMS-Gruppen „keine“ bzw. „leichte Beschwerden“ ab. Die PMS-Gruppe „mittlere und starke Beschwerden“ erzielte in dieser Skala im Schnitt höhere Werte (siehe Tabelle 25).

➤ Prämenstruelles Syndrom (FEM-Faktor 2):

Je höher die Mittelwerte sind, desto stärker wird ein „Prämenstruelles Syndrom“ beschrieben.

Tabelle 26: FEM-Faktor 2 nach PMS-Gruppen

FEM-Faktor 2	PMS-Gruppe			
	keine Beschwerden (1)	leichte Beschwerden (2)	mittlere und starke Beschwerden (3)	Gesamt
Mittelwert ( $\bar{X}$ )	2,42	2,76	3,43	2,87
Standardabweichung (s)	0,99	0,94	0,89	1,02

(nach Guggenberger-Frötscher, 1994:  $\bar{X} = 3,06$ ;  $s = 1,11$ )

Die einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) für die drei unabhängigen Stichproben zeigte signifikante Gruppenunterschiede ( $F=8,079$ ;  $df=2$ ;  $p=0,001$ ), welchen mit Hilfe des post hoc Scheffé-Test nachgegangen wurde. So konnten zwischen der PMS-Gruppe 1 und PMS-Gruppe 3 ( $p=0,001$ ) sowie der PMS-Gruppe 2 und PMS-Gruppe 3 ( $p=0,028$ ) jeweils signifikante

Unterschiede festgestellt werden. D. h. hinsichtlich der Beschreibung „Prämenstruelles Syndrom“ weicht die PMS-Gruppe „mittlere und starke Beschwerden“ signifikant von den beiden PMS-Gruppen „keine“ bzw. „leichte Beschwerden“ ab. Die PMS-Gruppe „mittlere und starke Beschwerden“ erzielte in dieser Skala im Schnitt höhere Werte (siehe Tabelle 26).

➤ Positive Erfahrungen mit der Menarche (FEM-Faktor 3):

Je höher die Mittelwerte sind, desto positiver ist die erinnerte Erfahrung mit der Menarche; d. h. die Frauen waren stolz, haben sich gefreut bzw. fühlten sich erwachsen.

Tabelle 27: FEM-Faktor 3 nach PMS-Gruppen

FEM-Faktor 3	PMS-Gruppe			
	keine Beschwerden (1)	leichte Beschwerden (2)	mittlere und starke Beschwerden (3)	Gesamt
Mittelwert ( $\bar{X}$ )	3,12	2,97	2,64	2,91
Standardabweichung (s)	0,88	0,79	0,94	0,88

(nach Guggenberger-Frötscher, 1994:  $\bar{X}=2,92$ ;  $s=1,06$ )

Die einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) für die drei unabhängigen Stichproben zeigte keine signifikanten Gruppenunterschiede ( $F=2,160$ ;  $df=2$ ;  $p=0,122$ ). D. h. hinsichtlich der Beschreibung „Positive Erfahrung mit der Menarche“ unterscheiden sich die PMS-Gruppen nicht signifikant voneinander.

➤ Positive Einstellung zur Menstruation (FEM-Faktor 4):

Je höher die Mittelwerte sind, desto positiver ist die Einstellung zum weiblichen Körper; d. h. die Menstruation wird als angenehme Erneuerung, als Zeichen der Weiblichkeit erlebt.

Tabelle 28: FEM-Faktor 4 nach PMS-Gruppen

FEM-Faktor 4	PMS-Gruppe			
	keine Beschwerden (1)	leichte Beschwerden (2)	mittlere und starke Beschwerden (3)	Gesamt
Mittelwert ( $\bar{X}$ )	2,25	2,58	2,05	2,31
Standardabweichung (s)	0,69	0,75	0,72	0,75

(nach Guggenberger-Frötscher, 1994:  $\bar{X} = 2,60$ ;  $s = 0,92$ )

Die einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) für die drei unabhängigen Stichproben zeigte signifikante Gruppenunterschiede ( $F = 4,057$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,021$ ), welchen mit Hilfe des post hoc Scheffé-Test nachgegangen wurde. Zwischen der PMS-Gruppe 2 und PMS-Gruppe 3 ( $p = 0,023$ ) konnte ein signifikanter Unterschied festgestellt werden. D. h. hinsichtlich der Beschreibung „Positive Einstellung zur Menstruation“ weicht die PMS-Gruppe „mittlere und starke Beschwerden“ signifikant von der PMS-Gruppe „leichte Beschwerden“ ab. Bei der PMS-Gruppe „keine Beschwerden“ konnten keine signifikanten Abweichungen gegenüber den beiden anderen PMS-Gruppen festgestellt werden. Interessanterweise erzielte die PMS-Gruppe „leichte Beschwerden“ in dieser Skala im Schnitt höhere Werte (siehe Tabelle 28).

➤ Zärtlichkeit und Sexualität während der Menstruation (FEM-Faktor 5):

Je höher die Mittelwerte sind, desto größer ist der Wunsch nach Zärtlichkeit / Sexualität sowie der sexuellen Aktivität selbst während der Menstruation.

Tabelle 29: FEM-Faktor 5 nach PMS-Gruppen

FEM-Faktor 5	PMS-Gruppe			
	keine Beschwerden (1)	leichte Beschwerden (2)	mittlere und starke Beschwerden (3)	Gesamt
Mittelwert ( $\bar{X}$ )	3,01	3,11	3,10	3,08
Standardabweichung (s)	0,89	0,87	0,91	0,89

(nach Guggenberger-Frötscher, 1994:  $\bar{X} = 3,01$ ;  $s = 0,86$ )

Die einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) für unabhängigen Stichproben zeigte keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei PMS-Gruppen ( $F = 0,117$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,890$ ). D. h.

hinsichtlich der Beschreibung „Zärtlichkeit / Sexualität während der Menstruation“ unterscheiden sich die drei PMS-Gruppen nicht signifikant voneinander.

### 5.2.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

➤ „Menstrual Attitude Questionnaire“ (MAQ):

In der Abbildung 23 unten sind die Mittelwerte der folgenden fünf MAQ-Faktoren in den drei PMS-Gruppen übersichtlich dargestellt.

- Skala 1/MAQ-F1: Menstruation als Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit
- Skala 2/MAQ-F2: Positive Sicht der Menstruation
- Skala 3/MAQ-F3: Vereinigung von Auswirkungen der Menstruation
- Skala 4/MAQ-F4: Menstruation als Beeinträchtigung der Sexualität
- Skala 5/MAQ-F5: Menstruation als Beeinträchtigung der psychischen Befindlichkeit

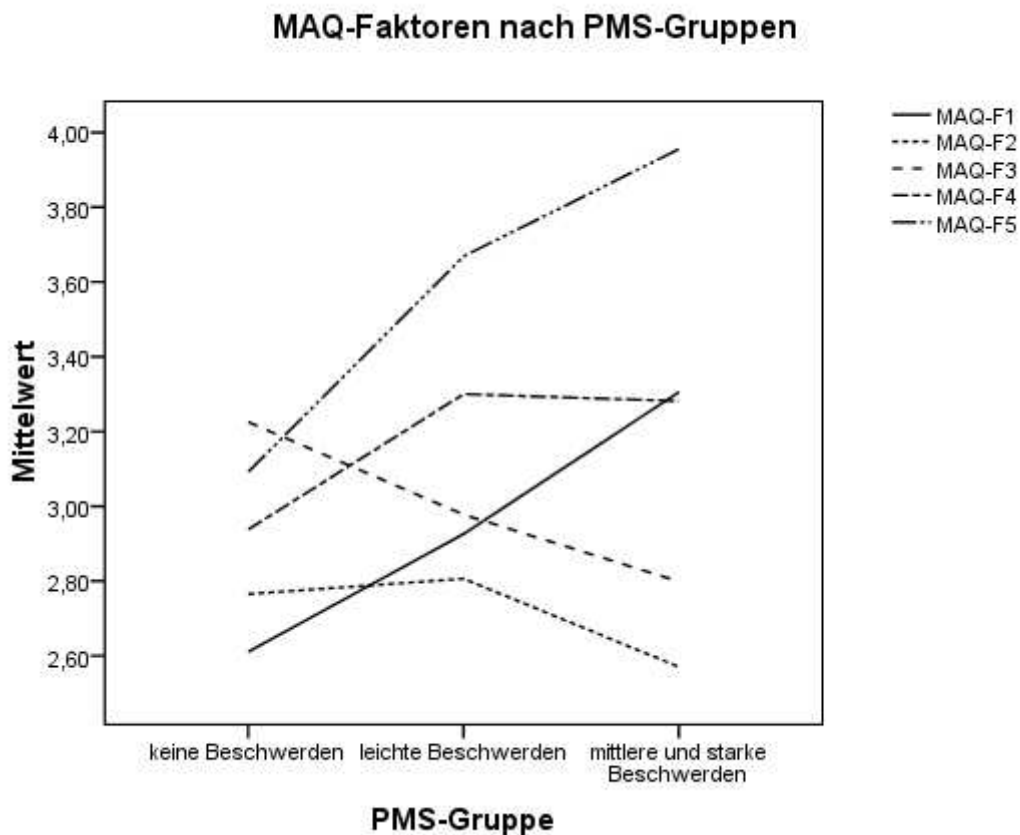


Abbildung 23: alle fünf MAQ-Faktoren nach PMS-Gruppen

Anhand der o. g. und abgebildeten Skalen/Mittelwerte können die einzelnen PMS-Gruppen zusammenfassend wie folgt beschrieben werden:

PMS-Gruppe 1 „keine Beschwerden vor der Menstruation“ (n=26):

Die Frauen dieser Gruppe erzielten erwartungsgemäß den niedrigsten Mittelwert ( $\bar{X}=2,61$ ) in der Skala 1 „Menstruation als Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit“ (ein signifikanter Unterschied besteht nur gegenüber der PMS-Gruppe 3). Ferner unterschieden sie sich signifikant in der Skala 5 „Menstruation als Beeinträchtigung der psychischen Befindlichkeit“ von den beiden anderen PMS-Gruppen, indem sie auch hier den niedrigsten Mittelwert ( $\bar{X}=3,09$ ) aufweisen. In der Skala 3 verleugneten sie am meisten die „Auswirkungen der Menstruation“ (erzielten den höchsten Mittelwert  $\bar{X}=3,23$ ; jedoch keine signifikanten Unterschiede) und erlebten die Menstruation in der Skala 4 am wenigsten „als Beeinträchtigung der Sexualität“ ( $\bar{X}=2,94$ ; keine signifikanten Unterschiede). Hinsichtlich der „Positiven Sicht der Menstruation“ (Skala 2) liegen sie mit dem Mittelwert ( $\bar{X}=2,77$ ) zwischen den beiden anderen PMS-Gruppen (jedoch keine signifikanten Unterschiede).

PMS-Gruppe 3 „mittlere und starke Beschwerden vor der Menstruation“ (n=27):

Diese Frauen zeigten erwartungsgemäß generell den höchsten Mittelwert ( $\bar{X}=3,96$ ) in der Skala 5 „Menstruation als Beeinträchtigung der psychischen Befindlichkeit“ (signifikanter Unterschied besteht gegenüber der PMS-Gruppe 1). Ferner unterschieden sie sich signifikant in der Skala 1 „Menstruation als Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit“ von den beiden anderen PMS-Gruppen durch den ebenfalls erzielten höchsten Mittelwert ( $\bar{X}=3,31$ ). Der Mittelwert der Skala 2 „Positive Sicht der Menstruation“ ( $\bar{X}=2,57$ ) und der Skala 3 „Verneinung von Auswirkungen der Menstruation“ ( $\bar{X}=2,80$ ) ist erwartungsgemäß jeweils am niedrigsten ausgeprägt, wobei hier generell keine signifikanten Unterschiede in den drei PMS-Gruppen auftraten. Die „Beeinträchtigung der Sexualität“ (Skala 4;  $\bar{X}=3,28$ ) scheint relativ stark ausgeprägt zu sein, jedoch konnten keine signifikanten Unterschiede in den drei PMS-Gruppen ermittelt werden.



PMS-Gruppe 2 „leichte Beschwerden vor der Menstruation“ (n=32):

In der Skala 1 „Menstruation als Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit“ ( $\bar{X}=2,93$ ) konnten signifikante Unterschiede in dieser PMS-Gruppe nur hinsichtlich der PMS-Gruppe 3 festgestellt werden. Der Mittelwert der Skala 5 „Menstruation als Beeinträchtigung der psychischen Befindlichkeit“ ( $\bar{X}=3,67$ ) liegt zwischen den anderen beiden Gruppen, wobei jedoch hinsichtlich der Gruppe 1 signifikante Unterschiede festgestellt werden konnten. Bei dieser Patientinnengruppe war der erreichte Mittelwert in der Skala 2 „Positive Sicht der Menstruation“ ( $\bar{X}=2,81$ ) am höchsten und damit sogar knapp über dem der PMS-Gruppe 1, d. h. diese Gruppe erlebt die Menstruation am meisten positiv. Der Mittelwert in der Skala 4 „Menstruation als Beeinträchtigung der Sexualität“ ( $\bar{X}=3,30$ ) liegt minimal über dem der PMS-Gruppe 3. Jedoch muss betont werden, dass in diesen beiden zuvor genannten Skalen keine signifikanten Gruppenunterschiede festgestellt werden konnten. In der Skala 3 „Verneinung von Auswirkungen der Menstruation“ liegt der Mittelwert ( $\bar{X}=2,98$ ) dieser Gruppe genau zwischen den beiden anderen Gruppen (keine signifikanten Unterschiede).

➤ Skaleninterkorrelationen MAQ-Faktoren:

In der Tabelle 30 sind die Interkorrelationen der Skalenwerte des MAQ aufgelistet, wobei die bestehenden geringen signifikanten Zusammenhänge jeweils markiert sind.

Tabelle 30: Skaleninterkorrelationen MAQ-Faktoren

	MAQ-F1	MAQ-F2	MAQ-F3	MAQ-F4	MAQ-F5
MAQ-F1	-	<i>-,037</i>	<i>-,074</i>	<i>,391**</i>	<i>,357**</i>
MAQ-F2		-	<i>,406**</i>	<i>,180</i>	<i>,176</i>
MAQ-F3			-	<i>,387**</i>	<i>-,127</i>
MAQ-F4				-	<i>,175</i>
MAQ-F5					-

(Spearman-Korr.: sign. \*\* p<0,01)

➤ Berliner Fragebogen zum Menstruationserleben (FEM):

In der Abbildung 24 unten sind die Mittelwerte der folgenden fünf FEM-Faktoren in den drei PMS-Gruppen übersichtlich dargestellt.

- Skala 1/FEM-F1: Belastetheit während der Menstruation
- Skala 2/FEM-F2: Prämenstruelles Syndrom
- Skala 3/FEM-F3: Positive Erfahrungen mit der Menarche
- Skala 4/FEM-F4: Positive Einstellung zur Menstruation
- Skala 5/FEM-F5: Zärtlichkeit und Sexualität während der Menstruation

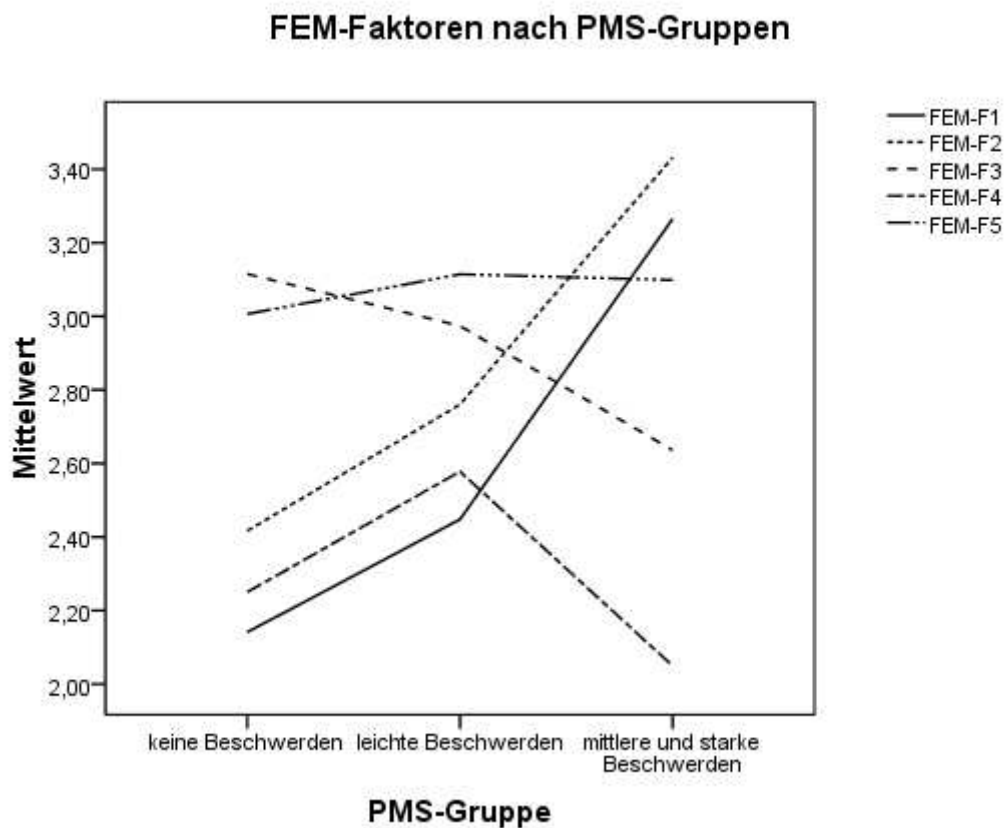


Abbildung 24: alle fünf FEM-Faktoren nach PMS-Gruppen

Anhand der o. g. und abgebildeten Skalen/Mittelwerte können die einzelnen PMS-Gruppen zusammenfassend wie folgt beschrieben werden:

PMS-Gruppe 1 „keine Beschwerden vor der Menstruation“ (n=26):

Die Frauen dieser Gruppe erzielten erwartungsgemäß den niedrigsten Mittelwert in der Skala 1 „Belastetheit während der Menstruation“ ( $\bar{X}=2,14$ ) sowie in der Skala 2 „Prämenstruelles Syndrom“ ( $\bar{X}=2,42$ ), wobei jeweils signifikante Unterschiede gegenüber der beiden anderen PMS-Gruppen gefunden werden konnten. Sie erlebten die Menarche in der Skala 3 „Positive Erfahrungen mit der Menarche“ am meisten positiv (erzielten die höchsten Mittelwerte  $\bar{X}=3,12$ ; jedoch keine signifikanten Unterschiede). Hinsichtlich der „positiven Einstellung zur Menstruation“ in der Skala 4 liegt der Mittelwert ( $\bar{X}=2,25$ ) genau zwischen den beiden anderen Gruppen (jedoch keine signifikanten Unterschiede).

PMS-Gruppe 3 „mittlere und starke Beschwerden vor der Menstruation“ (n=27):

Diese Frauen zeigten erwartungsgemäß generell den höchsten Mittelwert in der Skala 1 „Belastetheit während der Menstruation“ ( $\bar{X}=3,27$ ) sowie in der Skala 2 „Prämenstruelles Syndrom“ ( $\bar{X}=3,43$ ), wobei jeweils signifikante Unterschiede gegenüber der beiden anderen PMS-Gruppen gefunden werden konnten. Ferner erzielten sie den niedrigsten Mittelwert ( $\bar{X}=2,05$ ) in der Skala 4 „positive Einstellung zur Menstruation“, wobei in dieser Skala interessanterweise nur signifikante Unterschiede gegenüber der PMS-Gruppe 2 gefunden werden konnten. Die beschriebenen „positiven Erfahrungen mit der Menarche“ (Skala 3;  $\bar{X}=2,64$ ) waren erwartungsgemäß am niedrigsten ausgeprägt, hier traten generell keine signifikanten Unterschiede in den drei PMS-Gruppen auf.

PMS-Gruppe 2 „leichte Beschwerden vor der Menstruation“ (n=32):

Bei dieser Patientinnengruppe liegen die Mittelwerte der Skalen „Belastetheit während der Menstruation“ (Skala 1;  $\bar{X}=2,45$ ) sowie „Prämenstruelles Syndrom“ (Skala 2;  $\bar{X}=2,76$ ) erwartungsgemäß genau zwischen den beiden anderen PMS-Gruppen. Ein signifikanter Unterschied konnte allerdings nur hinsichtlich der PMS-Gruppe 3 festgestellt werden. Der Mittelwert der erinnerten „positiven Erfahrungen mit der Menarche“ (Skala 3;  $\bar{X}=2,97$ ) liegt genau zwischen den beiden anderen PMS-Gruppen (jedoch keine signifikanten Unterschiede). In der Skala 4 „positive Einstellung zur Menstruation“ erzielte diese Gruppe den höchsten Mittelwert ( $\bar{X}=2,58$ ), wobei nur hinsichtlich der PMS-Gruppe 3 ein signifikanter Unterschied ermittelt wurde.

Kein signifikanter Unterschied zwischen den drei PMS-Gruppen konnte in der Skala 5 „Zärtlichkeit / Sexualität während der Menstruation“ ermittelt werden.

➤ Skaleninterkorrelationen FEM-Faktoren:

In der Tabelle 31 sind die Interkorrelationen der Skalenwerte des FEM aufgelistet. Der deutlichste Zusammenhang einzelner Skalen ist der der Skala 1 und 2, d. h. die mittlere Korrelation zwischen der „Belastetheit während der Menstruation“ und dem „Prämenstruellen Syndrom“ beträgt  $r=0,673$  und ist hochsignifikant.

Tabelle 31: Skaleninterkorrelationen FEM-Faktoren

	FEM-F1	FEM-F2	FEM-F3	FEM-F4	FEM-F5
FEM-F1	-	<b>,673**</b>	<b>-,186</b>	<b>-,177</b>	<b>-,088</b>
FEM-F2		-	<b>-,028</b>	<b>-,171</b>	<b>,195</b>
FEM-F3			-	<b>,125</b>	<b>,074</b>
FEM-F4				-	<b>,175</b>
FEM-F5					-

(Pearson-Korr.: sign. \*\*  $p<0,01$ )

## 5.3 Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

### 5.3.1 Hypothesengeleitete Interpretation

In diesem Abschnitt sollen die Hypothesen nochmals kurz angeführt und anschließend mit den diesbezüglichen Ergebnissen interpretiert werden.

➤ Zentrale Fragestellung:

Die zentrale Fragestellung war, ob zwischen alkoholabhängigen Frauen mit verschiedenen ausgeprägten prämenstruellen Beschwerden und alkoholabhängigen Frauen, die keine prämenstruelle Beschwerden beschreiben, in bestimmten psychologischen Faktoren wie dem Menstruationserleben (die Erfahrungen mit der Menarche, die Einstellung zur Menstruation

sowie die Zärtlichkeit und Sexualität während der Menstruation) signifikante Unterschiede bestehen.

- *Hypothese 1: Alkoholabhängige Frauen mit prämenstruellen Beschwerden geben geringere positive erinnerte Erfahrungen mit der Menarche an. Ein Zusammenhang wird zwischen Menarcheerleben und prämenstruellen Beschwerden vermutet.*

Die Ergebnisse hinsichtlich der Beschreibung der Erinnerung „positive Erfahrungen mit der Menarche“ (FEM-Faktor 3) konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei PMS-Beschwerdegruppen aufzeigen, die Hypothese konnte daher nicht bestätigt werden. In diesem Faktor werden Erinnerungen, wie Stolz, Freude über die erste Blutung, das Erleben von Weiblichkeit, aber auch Abwehr und Schrecken angesprochen. Je stärker die subjektiv eingestuften PMS-Beschwerden waren, desto geringere Werte wurden hierbei erzielt; jedoch konnten wie bereits erwähnt, keine signifikanten Unterschiede beschrieben werden. Guggenberger-Frötscher (1994) stellte in ihrer Untersuchung hingegen fest, dass Frauen mit starken prämenstruellen Beschwerden sich an ein stärker negatives Erleben ihrer ersten Menstruationsblutung erinnern. Ferner konnte in dieser Untersuchung kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Faktor „positive Erfahrungen mit der Menarche“ (FEM-Faktor 3) und dem Faktor „Prämenstruelles Syndrom“ (FEM-Faktor 2) festgestellt werden.

- *Hypothese 2: Es besteht bei alkoholabhängigen Frauen ein Zusammenhang zwischen Menarcheerleben und der Einstellung zur Menstruation.*

Bei der Beantwortung wurde überprüft, ob ein statistischer Zusammenhang zwischen den Faktoren „Erfahrungen mit der Menarche“ (FEM-Faktor 3) und dem Faktor „Einstellung zur Menstruation“ (FEM-Faktor 4) vorliegt. Als Ergebnis wurde eine sehr geringe Korrelation nach Pearson in Höhe von  $r=0,125$  (nicht signifikant) ermittelt. Saupe (1987) beschrieb aufgrund der Ergebnisse in der Berliner Studie zum Menstruationserleben, dass ein Zusammenhang ( $r=0,26$ ) zwischen den Faktoren positive Erfahrungen mit der Menarche und der generellen Einstellung zur Menstruation gefunden worden ist.

- *Hypothese 3: Bei alkoholabhängigen Frauen besteht ein Zusammenhang zwischen der Einstellung zur Menstruation und den jeweils ausgeprägten prämenstruellen Beschwerden. Alkoholikerinnen mit prämenstruellen Beschwerden geben eine geringer*

*positive Einstellung zur Menstruation an, als alkoholabhängige Frauen, die keine prämenstruellen Beschwerden beschreiben.*

Die Ergebnisse hinsichtlich der Beschreibung „positive Einstellung zur Menstruation“ (FEM-Faktor 4) konnten nur zwischen der PMS-Gruppe 2 „leichte Beschwerden“ und der PMS-Gruppe 3 „mittlere und starke Beschwerden“ einen signifikanten Unterschied zeigen, dagegen konnte zwischen der PMS-Gruppe 1 „keine Beschwerden“ und PMS-Gruppe 2 „leichte Beschwerden“ kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. In diesem Faktor werden Äußerungen zusammengefasst, welche als Ausdruck von Weiblichkeit eine positive Einstellung zur Regelblutung und zum Körper an den Tagen der Menstruation erkennen lassen, wobei in diesem Faktor die derzeitige Einstellung ausgedrückt werden soll. Die PMS-Gruppe 3 mit den am stärksten subjektiv empfundenen Beschwerden erzielten hierbei die niedrigsten Werte; jedoch konnte nur hinsichtlich einer PMS-Gruppe 2 „leichte Beschwerden“ ein signifikanter Unterschied ermittelt werden. Guggenberger-Frötscher (1994) stellte fest, dass Frauen mit starken prämenstruellen Beschwerden eine stärker negative Einstellung zur Menstruation beschreiben. Auch Raviola (1987) konnte belegen, dass bei Frauen mit leichten und schweren prämenstruellen Beschwerden eher eine negative Einstellung zur Menstruation besteht.

➤ *Hypothese 4: Bei alkoholabhängigen Frauen besteht ein Zusammenhang zwischen prämenstruellen Beschwerden und der Belastetheit während der Menstruation.*

Hinsichtlich der Beschreibung „Belastetheit während der Menstruation“ (FEM-Faktor 1) und dem Faktor „Prämenstruelles Syndrom“ (FEM-Faktor 2) konnte ein höchst signifikanter mittlerer Zusammenhang nach Pearson ( $r=0,673$ ;  $p<0,01$ ) ermittelt werden. Erwartungsgemäß beschrieben die Frauen der PMS-Gruppe 3 „mittlere und starke Beschwerden vor der Menstruation“ die Belastung während der Menstruation und das beschriebene „Prämenstruelle Syndrom“ signifikant stärker als die beiden anderen Gruppen. Zwischen der PMS-Gruppe 1 „keine Beschwerden“ und der PMS-Gruppe 2 „leichte Beschwerden“ konnten diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Die Berliner Studie zum Menstruationserleben (Saupe, 1987) beschreibt zwischen dem Faktor Belastetheit während der Menstruation und dem Faktor prämenstruelle Beschwerden einen mittleren Zusammenhang ( $r=0,48$ ). Raviola (1987) konnte einen Zusammenhang zwischen

dem Auftreten von prämenstruellen Beschwerden und Menstruationsbeschwerden nachweisen, wobei bei mehr als der Hälfte ihrer untersuchten Frauen beide Beschwerdeformen auftraten.

- *Hypothese 5: Das Alter der alkoholabhängigen Frauen hat einen Einfluss auf das Erleben von prämenstruellen Beschwerden, indem Ältere häufiger über diese Beschwerden klagen.*

In dieser Untersuchung war die Altersverteilung in den drei verschieden ausgeprägten PMS-Beschwerdegruppen homogen verteilt, so dass diesbezüglich kein Einfluss des Alters festgestellt werden konnte. Logue und Moos (1986) sowie Saupe (1987) beschrieben in ihren Untersuchungen übereinstimmend, dass ältere Frauen mehr über prämenstruelle Symptome berichten.

- *Hypothese 7: Alkoholabhängige Frauen trinken besonders in der prämenstruellen Phase vermehrt Alkohol.*

Zusammenfassend kann bezüglich des Trinkverhaltens und des Menstruationszyklus gesagt werden, dass rund 25% der befragten Patientinnen (n=85) einen Zykluseinfluss auf ihren Alkoholkonsum bekannt gaben. Von diesen 21 Frauen, erhöhten 16 (das sind 18,8% der Gesamtstichprobe) nach ihren Angaben ihre Trinkmenge in der prämenstruellen Phase, wobei 5 von denen auch während der Menstruation weiter tranken. Diese Ergebnisse sind – wie anschließend erwähnt wird – hinsichtlich der in der Literatur dokumentierten stimmig, jedoch fielen die ermittelten Prozentwerte in dieser Untersuchung geringer aus, wie folgende Angaben belegen: Belfer et al. (1971) stellten fest, dass eine Gruppe von alkoholabhängigen Frauen 67% der menstruierenden und 46% der nicht-menstruierenden Alkoholikerinnen ihren Alkoholkonsum in Zusammenhang mit dem Menstruationszyklus brachten. Insgesamt begannen oder erhöhten 20 der Frauen (n=34) ihr Trinken im Prämenstruum; 9 dieser Frauen tranken auch während der Menstruation weiter. Allen (1996) konnte zeigen, dass 33% der abstinenten Alkoholikerinnen mehr Alkohol in der prämenstruellen Phase tranken, als zu den anderen Zeiten des Monats.

### 5.3.2 Diskussion des Gesamtergebnisses

Die Ergebnisse dieser empirischen Erhebung konnten zeigen, dass in den drei subjektiv eingestuften PMS-Beschwerdegruppen („keine Beschwerden“, „leichte Beschwerden“ sowie „mittlere und starke Beschwerden vor der Menstruation“) der n=85 stationär aufgenommenen Patientinnen im Anton-Proksch-Institut (API) in Wien Kalksburg in einigen Faktoren der verwendeten Messinstrumente signifikante Gruppenunterschiede festgestellt werden konnten.

Bei der deskriptiven Beschreibung der Stichprobe wurde über folgende Ergebnisse berichtet: Das durchschnittliche Alter der Gesamtstichprobe liegt bei 37 Jahren, wobei dazu gesagt werden muss, dass aufgrund der Selektionskriterien ein oberes Alterslimit vorgegeben wurde, und sich so unter dem durchschnittlichen Aufnahmealter von 46 Jahren im API (Feselmayer et al., 2003) befindet. Hinsichtlich der soziographischen Daten wie u. a. Familienstand, Kinderanzahl, Häusliche Gemeinschaft, Schul- und Berufsausbildung sowie Partnerschaft konnten keine signifikanten Unterschiede in den drei PMS-Gruppen ermittelt werden.

Die Pille als aktuelle Verhütungsmethode wurde von 15 Patientinnen (17,6%) eingenommen, wobei 3 dieser Frauen über „mittlere und starke Beschwerden“, 4 über „leichte Beschwerden“ sowie 8 über „keine Beschwerden vor der Menstruation“ berichteten. Diese Frauen sind gemäß ihren Beschwerden in den jeweiligen PMS-Gruppen zugeordnet worden. Das durchschnittliche Alter bei der Menarche liegt bei 13 Jahren. Die Reaktionen auf die Menarche zeigen in dieser Untersuchung folgende Ergebnisse: 32,9% der befragten Frauen reagierten mit Überraschung, 25,9% mit Unsicherheit, 15,3% mit Schreck, 11,8% mit Scham, 10,6% mit Freude, 9,4% mit Stolz, 5,9% mit Angst und 2,4% mit Ekel. Appelt (1991) berichtete, dass von 43% der Frauen Unsicherheit genannt wurde, 33% waren überrascht, 28% stolz und 25% reagierten mit Schreck. Die durchschnittliche Blutungsdauer betrug 5 Tage. Die angegebene subjektive Einschätzung der Beschwerden vor der Menstruation diente zur entsprechenden Gruppeneinteilung in die drei PMS-Beschwerdegruppen und verteilte sich wie folgt: 26 Frauen (30,6%) bemerkten „keine Beschwerden“, 32 (37,6%) „leichte“, 19 (22,4%) „mittlere“ und 8 Patientinnen (9,4%) „schwere Beschwerden vor der Menstruation“. Bei der Gruppeneinteilung wurden die



Patientinnen, die subjektiv mittlere bzw. schwere Beschwerden bekannt gaben, in eine PMS-Gruppe „mittlere und starke Beschwerden (n=27) zusammengefasst.

Hinsichtlich des Trinkverhaltens kann über folgende Ergebnisse berichtet werden: 57,6% der Patientinnen trinken Wein, 56,5% Bier und 50,6% Schnaps (Mehrfachnennungen waren möglich). Die tägliche Alkoholmenge (ÖSG gesamt pro Tag) im letzten Halbjahr vor der Aufnahme liegt im Durchschnitt aller 85 Patientinnen bei 160 Gramm Alkohol pro Tag bzw. 8 ÖSG. Uhl et al. (2001) berichtet von einem Durchschnittskonsum bei weiblichen Alkoholabhängigen im Halbjahr vor der stationären Aufnahme von rund 130g Alkohol pro Tag (entspricht 6,5 österreichische Standardgläser). Erwähnenswert ist ferner, dass 38,8% der Patientinnen täglich Alkohol konsumieren, 23,5% mehr als 3 Tage pro Woche, 29,4% zwischen 1 bis 3 Tage pro Woche und 8,2% zwischen 1 bis 3 Tage pro Monat. Hinsichtlich der einzelnen PMS-Gruppen konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Bezüglich des Trinkverhaltens und des Menstruationszyklus kann gesagt werden, dass 24,7% aller befragten Patientinnen einen Zykluseinfluss auf ihren Alkoholkonsum beschrieben. Von diesen 21 Frauen, erhöhten 16 (18,8% der Gesamtstichprobe) nach ihren Angaben ihre Trinkmenge in der prämenstruellen Phase, wobei 5 dieser Frauen auch während der Menstruation weiter tranken. Belfer et al. (1971) und Allen (1996) konnten bei einem Teil von abstinenten Alkoholikerinnen ebenfalls von einem gesteigerten Alkoholkonsum in der prämenstruellen Phase berichten, wobei die Autoren jedoch über höhere Prozentwerte berichteten. Als häufigstes Trinkmotiv wurden von 51,8% befragten Frauen depressive Verstimmungen genannt, 47,1% nannten Beziehungsprobleme, 45,9% Stress/Überbelastung sowie jeweils 40,0% Einsamkeit bzw. Entzugerscheinungen. In der Untersuchung von Smole (1985) wurden u. a. von 47% Beziehungsprobleme/Partnerkonflikt, 42% Einsamkeit sowie 28% depressive Verstimmung genannt. Auch Feselmayer und Beiglböck (1989) berichteten als auslösendes Motiv vor allem über Beziehungsprobleme und Partnerkonflikte, Einsamkeit, Doppelbelastung oder Trennung/Scheidung.

Bei den verwendeten Messinstrumenten wie das Menstrual Attitude Questionnaire (MAQ) in der deutschen Fassung von Strauß, Appelt und Lange (1987) sowie der Fragebogen zum Menstruationserleben (FEM) von Saupe (1987) konnten folgende signifikante Gruppenunterschiede festgestellt werden. Die Gruppe der alkoholabhängigen Frauen, die sich selbst mit „mittleren und starken Beschwerden vor der Menstruation“ beschreiben,

bezeichneten erwartungsgemäß die Belastung während der Menstruation und das beschriebene „Prämenstruelle Syndrom“ signifikant stärker als die beiden anderen Gruppen. Ferner empfanden diese Frauen ihre eigene Menstruation signifikant vermehrt als Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit und der psychischen Befindlichkeit. Wie auch Strauß et al. (1987, S. 179) zeigen konnten, empfinden Frauen, die Probleme mit dem Zyklus haben, ihre Menstruation „erwartungsgemäß vermehrt als Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit und der psychischen Befindlichkeit ..., sehen die Menstruation weniger positiv und leugnen ihre Auswirkungen weniger. Kein Unterschied ergab sich lediglich in der Skala ‚Menstruation als Beeinträchtigung der Sexualität‘.“ In dieser Untersuchung kann nur vermutet werden, dass die befragten Frauen die Menstruation weniger positiv sehen, da hierzu nur ein signifikanter Unterschied gegenüber der PMS-Gruppe „leichte Beschwerden“ festgestellt werden konnte. Keine signifikanten Unterschiede in allen drei PMS-Gruppen konnten hinsichtlich einer etwaigen Beeinträchtigung der Sexualität bzw. Zärtlichkeit während der Menstruation ermittelt werden. Der Faktor positive Erfahrungen mit der Menarche wies entgegen der Annahme in allen drei Gruppen keine signifikanten Unterschiede auf.

## 5.4 Kritische Reflexion und Ausblick

Allgemein ist über die Datenerhebung dieser im klinischen Bereich durchgeführten Studie zu berichten, dass diese sich erheblich schwieriger darstellte, als anfangs vermutet wurde. Aufgrund der strengen Ausschlusskriterien konnte der Eingangsfragebogen im Schnitt nur jeder dritten stationär aufgenommenen Patientin vorgelegt werden. Die größten diesbezüglichen Ausfälle betrafen primär das Alter (durchschnittliches Aufnahmealter beträgt im API 46 Jahre). Eine geplante Kurzaufnahme als Krisenintervention bzw. eine neuerliche Wiederaufnahme nach einem Rückfall im Verlauf des Untersuchungszeitraumes von Juni 1996 bis April 1997 stellten weitere Hindernisse dar. Da ferner nur Frauen ohne massive Zyklusstörungen an den Testungen teilnehmen sollten, mussten aufgrund der strengen Selektionskriterien nach durchgeführter Eingangsbefragung nochmals 30% als Ausfallsquote ausgeschlossen werden, so dass nur n=85 Patientinnen als Gesamtstichprobe übrig blieben.

Abschließend sollen folgende Aussagen von Strauß et al. (1987) nach deren deutschen Neukonstruktion des Menstrual Attitude Questionnaire (MAQ) einerseits als Kritik sowie als Ausblick nicht unerwähnt bleiben: Die Autoren betonen aufgrund ihrer

---

Untersuchungsergebnisse, dass derzeit generell nicht abzuschätzen ist, wie stabil Einstellungen zur Menstruation sind. „Man könnte vermuten, dass zumindest einige Dimensionen der Einstellung zur Menstruation und zum Menstruationserleben nicht zeitüberdauernd sind“ (Strauß et al., 1987, S. 178). Es wird von ihnen ferner hinterfragt, ob „Einstellungsaspekte wohl eher durch aktuelle Erfahrungen und Probleme mit der Menstruation und weniger durch Erfahrungen in der Pubertät determiniert scheinen“ (S. 181).

## 6 Zusammenfassung

In einigen Untersuchungen (Allen, 1996; Belfer et al., 1971) ist von einer Steigerung des Alkoholkonsums in der prämenstruellen Phase bei Alkoholikerinnen berichtet worden. Bei nicht alkoholabhängigen Frauen, die am „Prämenstruellen Syndrom“ leiden und in einer „Risikofamilie“ (Alkoholproblematik in der Herkunftsfamilie) aufwuchsen, berichteten Studien (McLeod et al., 1994; Svikis et al., 2006) von einigen dieser Frauen, die ihr Trinkverhalten prämenstruell steigern. Charette et al. (1990) untersuchten ebenfalls nicht alkoholabhängige Frauen und vermuteten hingegen, dass der Menstruationszyklus nicht geeignet ist, die Entstehung von Alkoholismus zu erklären.

➤ Fragestellung:

Die zentrale Fragestellung war, ob zwischen alkoholabhängigen Frauen mit verschiedenen ausgeprägten prämenstruellen Beschwerden und alkoholabhängigen Frauen, die keine prämenstruelle Beschwerden beschreiben, in bestimmten psychologischen Faktoren wie dem Menstruationserleben (die Erfahrungen mit der Menarche, die Einstellung zur Menstruation sowie die Zärtlichkeit und Sexualität während der Menstruation) signifikante Unterschiede bestehen. Ferner sollte der Frage nachgegangen werden, ob subjektiv der Menstruationszyklus mit dem jeweiligen Trinkverhalten in Zusammenhang gebracht wurde.

➤ Durchführung:

Nach Erfüllung der Selektionskriterien wurden 85 stationär aufgenommene Patientinnen im Anton-Proksch-Institut (API) in Wien Kalksburg in die Untersuchung einbezogen. Die Einteilung in die drei „PMS“-Beschwerdegruppen („keine“, „leichte“ bzw. „mittlere und starke Beschwerden vor der Menstruation“) erfolgte nach deren subjektiver Einstufung im Eingangsfragebogen. Die eingesetzten Verfahren bestanden aus einem sehr ausführlichen Fragebogen hinsichtlich der Lebenssituation, dem Gesundheitsstatus, der gynäkologischen Anamnese, der Menstruationsbiographie, dem Trinkverhalten sowie den Trinkmotiven. Im Anschluss wurde der Menstrual Attitude Questionnaire (MAQ) und der Berliner Fragebogen zum Menstruationserleben (FEM) vorgegeben.

➤ Ergebnisse:

In einigen erhobenen Faktoren der verwendeten Messinstrumente konnten signifikante Gruppenunterschiede festgestellt werden. Die Gruppe der alkoholabhängigen Frauen, die sich selbst mit „mittleren und starken Beschwerden vor der Menstruation“ beschreiben, bezeichneten erwartungsgemäß die Belastung während der Menstruation und das beschriebene „Prämenstruelle Syndrom“ signifikant stärker als die beiden anderen Gruppen. Ferner empfanden diese Frauen ihre eigene Menstruation signifikant vermehrt als Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit und der psychischen Befindlichkeit. Außerdem sehen sie vermutlich die Menstruation weniger positiv, jedoch bestanden hierzu nur signifikante Unterschiede gegenüber der Gruppe „leichte Beschwerden“. Keine signifikanten Unterschiede in allen drei Gruppen konnten hinsichtlich einer etwaigen Beeinträchtigung der Sexualität bzw. Zärtlichkeit während der Menstruation ermittelt werden. Entgegen der Vermutung, konnte der Faktor positive Erfahrungen mit der Menarche in allen drei Gruppen keine signifikanten Unterschiede aufweisen.

Zusammenfassend kann bezüglich des Trinkverhalten und des Menstruationszyklus gesagt werden, dass rund  $\frac{1}{4}$  aller befragten Patientinnen einen Zykluseinfluss auf ihren Alkoholkonsum bekannt gaben. Von diesen 21 Frauen, erhöhten 16 (das entspricht 18,8% der Gesamtstichprobe) nach ihren Angaben ihre Trinkmenge in der prämenstruellen Phase, wobei 5 dieser Frauen auch während der Menstruation noch weiter tranken.

## Literaturverzeichnis

- Allen, D. (1996). Are alcoholic women more likely to drink premenstrually? *Alcohol and Alcoholism*, 31 (2), 145-147.
- American Psychiatric Association (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR* (H. Saß, H.U. Wittchen, M. Zaudig & I. Houben, dt. Übers.). Göttingen: Hogrefe. (Original erschienen 2000: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision)
- Appelt, H. (1991). Die Bedeutung psychoendokrinologischer Forschungsergebnisse für die gynäkologische Praxis. In S. Davies-Osterkamp (Hrsg.), *Psychologie und Gynäkologie* (S. 29-36). Weinheim: Edition Medizin, VCH.
- Arbter-Rosenmayr, C. (1994). *Der Einfluß von Bewegungstraining auf die psychische Rehabilitation alkoholabhängiger Frauen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Arend, H. (1999). *Alkoholismus – Ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe*. Weinheim: Beltz.
- Belfer, M., Shader, R., Carroll, M. & Harmatz, J. (1971). Alcoholism in Women. *Archives of General Psychiatry*, 25, 540-544.
- Bitzer, J. (2008). Gynäkologische und sexualmedizinische Aspekte der Depression [Electronic version]. *Journal für Gynäkologische Endokrinologie*, 2 (1) (Ausgabe für Schweiz), 33-35. Zugriff am 2.10.2008, von <http://www.kup.at/kup/pdf/7053.pdf>
- Blume, A. (1986). *PMS – Das prämenstruelle Syndrom. Krankheit oder Chance?*. Hamburg: Rowohlt.
- Bortz, J. (1993). *Statistik – Für Sozialwissenschaftler* (4., vollständig überarbeitete Aufl.). Berlin: Springer-Verlag.
- Breckwoldt, M. & Zahradnik, H.P. (1989). Ätiologie des prämenstruellen Syndroms. *Gynäkologie*, 22, 320-322.
- Breuss-Purtscher, E., Hansen-Steiner, K. & Haller, R. (2000). Aspekte der frauenspezifischen stationären Alkoholismustherapie [Electronic version]. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 23 (2), 45-51. Zugriff am 6.8.2008, von <http://www.api.or.at/wzfs/>
- Brooks-Gunn, J. & Ruble, D.N. (1980). The Menstrual Attitude Questionnaire. *Psychosomatic Medicine*, 42 (5), 503-512.
- Bühl, A. (2008). *SPSS 16: Einführung in die moderne Datenanalyse* (11., überarbeitete und erweiterte Aufl.). München: Pearson.

- Bühringer, G. & Kunz-Ebrecht, S.R. (2005). Substanzstörungen mit Schwerpunkt Alkohol. In F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (S. 421-430). Göttingen: Hogrefe.
- Burian, W. (1983). Alkoholismus und Polytoxikomanie der Frau. In R. Mader (Hrsg.), *Alkohol- und Drogenabhängigkeit: Neue Ergebnisse aus Theorie und Praxis* (S. 287-301). Wien: Hollinek.
- Burian, W. (1984). *Die Psychotherapie des Alkoholismus. Unter besonderer Berücksichtigung des Frauenalkoholismus*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Burian, W. & Mader, R. (1977). Soziale Risikofaktoren bei alkoholkranken Frauen. In A. Springer (Hrsg.), *Suchtverhalten und Geschlechtlichkeit. Medizinische, psychologische und soziale Aspekte* (S. 27-40). Schriftenreihe des Ludwig Boltzmann-Institutes für Suchtforschung, Band 3. Wien: Hollinek.
- Charette, L., Tate, D.L. & Wilson, A. (1990). Alcohol Consumption and Menstrual Distress in Women at Higher and Lower Risk of Alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 14 (2), 152-157.
- Colantoni, A., De Maria, N. & Van Thiel, D.H. (2000). Alkohol und endokrines System. In H.K. Seitz, Ch.S. Lieber & U.A. Simanowski (Hrsg.), *Handbuch Alkohol – Alkoholismus – alkoholbedingte Organschäden* (2., neubearbeitete Aufl.) (S. 460-476). Heidelberg: Barth.
- Davison, G.C., Neale, J.M. & Hautzinger, M. (2007). *Klinische Psychologie* (7., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl. mit CD-ROM). Weinheim: Beltz.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (2008). *Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (6., vollständig überarbeitete Aufl.). Bern: Huber.
- Dilling, H. & Reimer, Ch. (1995). *Psychiatrie und Psychotherapie* (2., überarbeitete und aktualisierte Aufl.). Berlin: Springer-Verlag.
- Dörner, K. & Plog, U. (1996). *Irren ist menschlich: Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie* (1. Aufl. der Neuausgabe). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Dorsch, Häcker, H.O. & Stapf, K.H. (Hrsg.). (2004). *Psychologisches Wörterbuch* (14., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Bern: Huber.
- Eisenbach-Stangl, I. (1988). *Die gesellschaftliche Bedeutung des Alkohols. Alkoholproduktion, Alkoholkonsum und soziale Kontrolle alkoholischer Rausch- und Genußmittel in Österreich 1918-1984*. Unveröffentlichte Habilitationsschrift, Universität Wien.
- Eisenbach-Stangl, I. (1994a). Abstinenzsanatorium – Trinkerheilstätte – offene Anstalt für Alkoholranke. Zur österreichischen Geschichte der stationären Behandlung Alkoholkranker bis zur Gründung des Anton Proksch-Instituts. In A. Springer, S. Feselmayer, W. Burian, I. Eisenbach-Stangl, S. Lentner & R. Marx (Hrsg.), *Suchtkrankheit. Das Kalksburger Modell und die Entwicklung der Behandlung Abhängiger. Festschrift für Rudolf Mader zum 60. Geburtstag* (S. 43-51). Wien: Springer-Verlag.

- Eisenbach-Stangl, I. (1994b). Ein „Alkoholportrait“ Österreichs. Alkoholkonsum, Alkoholwirtschaft, alkoholbezogene Probleme und alkoholbezogene Kontrollen. In A. Springer, S. Feselmayer, W. Burian, I. Eisenbach-Stangl, S. Lentner & R. Marx (Hrsg.), *Suchtkrankheit. Das Kalksburger Modell und die Entwicklung der Behandlung Abhängiger. Festschrift für Rudolf Mader zum 60. Geburtstag* (S. 29-41). Wien: Springer-Verlag.
- Feselmayer, S. & Beiglböck, W. (1989). Von der Suchtpersönlichkeit zum Suchtsystem – Wunsch und Wirklichkeit. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 12 (3-4), 63-73.
- Feselmayer, S. & Beiglböck, W. (1990). Der Einfluß des sozialen Umfelds auf die Abhängigkeitsentwicklung von Männern und Frauen. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (Hrsg.), *Abhängigkeiten bei Frauen und Männern* (S. 23-27). Freiburg: Lambertus.
- Feselmayer, S. & Beiglböck, W. (1991). Von der Suchtpersönlichkeit zum Suchtsystem – Neue Erkenntnisse. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 14 (3-4), 73-77.
- Feselmayer, S., Gruber, Ch., Kobrna, U., Puchinger, H. & Jenner, Ch. (2005). Geschlechtsspezifische Behandlung für Frauen mit alkoholbezogenen Problemen – Entwicklung, Status Quo, Diskussion. In I. Eisenbach-Stangl, S. Lentner & R. Mader (Hrsg.), *Männer, Frauen, Sucht* (S. 173-191). Wien: Facultas.
- Feselmayer, S., Puchinger, H., Andorfer, U., Scheibenbogen, O., Zadro-Jaeger, S., Kerschbaumer, I., Zauner, M., Moertl, U., Brunner, S., Rohm, A., Jelinek, B., Rustembegovic, A., Gruber, C. & Kobrna, U. (2003). Abteilung für substanzabhängige (primär alkohol- und medikamentenabhängige) Frauen am Anton-Proksch-Institut/Kalksburg [Electronic version]. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 26 (3-4), 21-35. Zugriff am 6.8.2008, von <http://www.api.or.at/wzfs/>
- Feuerlein, W. (1989). *Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie* (4., überarbeitete Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Feuerlein, W. (1996). *Alkoholismus: Warnsignale, Vorbeugung, Therapie*. München: Beck.
- Feuerlein, W. (2000). Definition, Diagnose und Entstehung des Alkoholismus – Grundzüge der Behandlung. In H.K. Seitz, Ch.S. Lieber & U.A. Simanowski (Hrsg.), *Handbuch Alkohol – Alkoholismus – alkoholbedingte Organschäden* (2., neubearbeitete Aufl.) (S. 55-74). Heidelberg: Barth.
- Franke, A. & Winkler, K. (2001). Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen. In A. Franke & A. Kämmerer (Hrsg.), *Klinische Psychologie der Frau: Ein Lehrbuch* (S. 91-140). Göttingen: Hogrefe.
- Freedman, A.M. (Hrsg.). (1988). *Psychiatrie in Praxis und Klinik, Band 4: Psychosomatische Störungen*. Stuttgart: Thieme.



- Gill, J. (1997). Women, alcohol and the menstrual cycle [Electronic version]. *Alcohol and Alcoholism* 32 (4), 435-441. Zugriff am 1.10.2008, von <http://alcalc.oxfordjournals.org/cgi/reprint/35/5/417>
- Gritzner, Helga (1996). *Prämenstruelle Veränderungen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Guggenberger-Frötscher, G. (1994). *Ärgererleben, Ärgerbewältigung und perimenstruelle Beschwerden – Das Prämenstruelle Syndrom, Unterdrückung von Ärger und Wut?*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Innsbruck.
- Guttmann, G. (1982). *Lehrbuch der Neuropsychologie* (3., überarbeitete und ergänzte Aufl.). Bern: Huber.
- Haenggi-Bally, D. (2007). Das prämenstruelle Syndrom. *Schweiz Medical Forum - Online*, 7, 834-838. Zugriff am 1.10.2008. Verfügbar unter [http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf\\_d/2007/2007-41/2007-41-408.PDF](http://www.medicalforum.ch/pdf/pdf_d/2007/2007-41/2007-41-408.PDF)
- Haller, R. (1993). Alkohol. In R. Brosch & G. Juhnke (Hrsg.), *Sucht in Österreich: Ein Leitfaden für Betroffene, Angehörige, Betreuer* (S. 61-79). Wien: Orac.
- Kielholz, P. & Ladewig, D. (1972). *Die Drogenabhängigkeit des modernen Menschen*. München: Lehmann.
- Kryspin-Exner, I. (1998). Alkoholismus. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen* (3., überarbeitete und ergänzte Aufl.) (S. 353-387). Göttingen: Hogrefe.
- Küfner, H. (1981). Systemwissenschaftlich orientierte Überlegungen zu einer integrativen Alkoholismustheorie [Electronic version]. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 4 (3), 3-16. Zugriff am 3.10.2008, von <http://www.api.or.at/wzfs/>
- Kühner, Ch. (2001). Affektive Störungen. In A. Franke & A. Kämmerer (Hrsg.), *Klinische Psychologie der Frau: Ein Lehrbuch* (S. 165-208). Göttingen: Hogrefe.
- Lamertz, Ch., Wittchen, H.U., Stolz, W. & Wittchen, K. (1998). *PMS – Probleme vor der Regel*. München: Mosaik.
- Langenbucher, H. (1991). *Sprache des Körpers – Sprache der Seele. Wie Frauen gesund sein und sich wohlfühlen können*. Freiburg: Herder.
- Langman, J. (1989). *Medizinische Embryologie. Die normale menschliche Entwicklung und ihre Fehlbildungen* (8., überarbeitete und erweiterte Aufl.). (U. Drews, dt. Übers.). Taschenlehrbuch der gesamten Anatomie (Bd. 4). Stuttgart: Thieme.
- Lesch, O. M. (1992). Alkoholismus. In A. Friedmann & K. Thau (Hrsg.), *Leitfaden der Psychiatrie* (4., überarbeitete Aufl.) (S. 93-102). Wien: Maudrich.
- Lindenmeyer, J. (1999). *Alkoholabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe.

- Lindenmeyer, J. (2001). *Lieber schlau als blau. Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit* (6., vollständig überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlags-Union.
- Logue, A.W. (1995). *Die Psychologie des Essens und Trinkens*. (V. Pudel, dt. Übers., Hrsg.). Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Logue, C.M. & Moos, R.H. (1986). Perimenstrual Symptoms: Prevalence and Risk Factors. *Psychosomatic Medicine*, 48 (6), 388-414.
- Logue, C.M. & Moos, R.H. (1988). Positive perimenstrual changes: toward a new perspective on the menstrual cycle. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 31-40.
- Mantek, M. (1979). *Frauen-Alkoholismus*. München: Reinhardt.
- McGrath, E. (1993). *Frauen und Depression: Risikofaktoren und Behandlungsfragen*. Bergheim: Mackinger-Verlag.
- McLeod, D.R., Foster, G.V., Hoehn-Saric, R., Svikis, D.S. & Hipsley, P.A. (1994). Family History of Alcoholism in Women with Generalized Anxiety Disorder Who Have Premenstrual Syndrome. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18 (3), 664-670.
- Moos, R.H. (1968). The Development of a Menstrual Distress Questionnaire. *Psychosomatic Medicine*, 30 (6), 853-867.
- Nuber, U. (1991). *Depression – Die verkannte Krankheit*. Zürich: Kreuz.
- Olbricht, I. (1993). *Was Frauen krank macht. Der Einfluß der Seele auf die Gesundheit der Frau*. München: Kösel-Verlag.
- Peters, U.H. (2007). *Lexikon Psychiatrie, Psychotherapie, Medizinische Psychologie* (6., völlig neu bearbeitete und erweiterte Aufl.). München: Urban & Fischer.
- Puchinger, H., Feselmayer, S., Hauk, E., Kostuba, A. & Beiglböck, W. (1994). Indikationsabhängige Gruppenpsychotherapie bei substanzabhängigen Frauen. Das Therapiekonzept der Frauenstation des Anton Proksch-Instituts. In A. Springer, S. Feselmayer, W. Burian, I. Eisenbach-Stangl, S. Lentner & R. Marx (Hrsg.), *Suchtkrankheit. Das Kalksburger Modell und die Entwicklung der Behandlung Abhängiger. Festschrift für Rudolf Mader zum 60. Geburtstag* (S. 143-151). Wien: Springer-Verlag.
- Raviola, Ch. (1987). *Das Prämenstruelle Syndrom*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Rechenberger, I. (1989). Psychosomatische Aspekte des prämenstruellen Syndroms. *Gynäkologie*, 22, 332-338.
- Reid, R.L. & Yen, S.S.C. (1981). Premenstrual syndrome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 139, 85-104.

- Roche (1993). *Lexikon Medizin* (3., neubearbeitete Aufl.). München: Urban & Schwarzenberg.
- Rötzer, J. (1999). *Der persönliche Zyklus der Frau – Von der Vorpubertät bis in die Wechseljahre*. Freiburg: Herder.
- Saß, H., Wittchen, H.U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Saupe, R. (1987). *Berliner Fragebogen zum Erleben der Menstruation (FEM)*. Bern: Huber.
- Schmidt, L. (1997). *Alkoholkrankheit und Alkoholmißbrauch: Definition – Ursachen – Folgen – Behandlung – Prävention* (4., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwarzer, R. & van der Ploeg, H.M. (1987). Emotionale Veränderungen während des Menstruationszyklus – das prämenstruelle Syndrom. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 37, 237-243.
- Shreeve, C. (1990). *Die Tage vor den Tagen: Monatsbeschwerden vor den kritischen Tagen und wie man sie los wird* (3. Aufl.). München: Ehrenwirth.
- Smole, S. (1985). *Frauenalkoholismus und Rollenbild*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Wien.
- Soyka, M. (2008). Störungen durch Alkohol. In H.J. Möller, G. Laux, H.P. Kapfhammer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie – Band 2: Spezielle Psychiatrie* (3., vollständig neu bearbeitete und aktualisierte Aufl.) (S. 143-186). Heidelberg: Springer.
- Springer, A. (Hrsg.) (1977a). *Suchtverhalten und Geschlechtlichkeit. Medizinische, psychologische und soziale Aspekte*. Schriftenreihe des Ludwig Boltzmann-Institutes für Suchtforschung, Band 3. Wien: Hollinek.
- Springer, A. (1977b). Die Suchtkrankheit bei Frauen – kritische Reflexionen. In A. Springer (Hrsg.), *Suchtverhalten und Geschlechtlichkeit. Medizinische, psychologische und soziale Aspekte* (S. 9-25). Schriftenreihe des Ludwig Boltzmann-Institutes für Suchtforschung, Band 3. Wien: Hollinek.
- Springer, A., Feselmayer, S., Burian, W., Eisenbach-Stangl, I., Lentner, S. & Marx, R. (Hrsg.) (1994). *Suchtkrankheit. Das Kalksburger Modell und die Entwicklung der Behandlung Abhängiger. Festschrift für Rudolf Mader zum 60. Geburtstag*. Wien: Springer-Verlag.
- Springer-Kremser, M. (1983). *Psychosexualität und Gynäkologie*. Wien: Deuticke.
- Springer-Kremser, M. (1991). Der Menstruationszyklus. In A. Eder, M. Ringler, M. Springer-Kremser (Hrsg.), *Patient Frau – Psychosomatik im weiblichen Lebenszyklus* (S. 91-101). Wien: Springer-Verlag.

- Strauß, B. & Appelt, H. (1985). *Veränderungen von Befindlichkeit und Sexualität im Verlauf des Menstruationszyklus – eine einzelfallstatistische Analyse standardisierter Tagebuchaufzeichnungen*. Berlin: Springer-Verlag.
- Strauß, B., Appelt, H. & Lange, C. (1987). Deutsche Neukonstruktion und Validierung des „Menstrual Attitude Questionnaire“. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 37, 175-182.
- Strauß, B. & Appelt, H. (1991). Psychologie der Menstruation. In S. Davies-Osterkamp (Hrsg.), *Psychologie und Gynäkologie* (S. 37-47). Weinheim: Edition Medizin, VCH.
- Strauß, B., Bonetti, M., Hüsmert, C. & Zepter, G. (1990). *Typologie und Determinanten perimenstrueller Veränderungen der Befindlichkeit, Stimmung und des Verhaltens*. Abschlußbericht an die Deutsche Forschungsgemeinschaft (Projekt: Str 306/3-1; 306/3-2). Kiel: Universität, Zentrum Nervenheilkunde, Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik.
- Svikis, D.S., Miles, D.R., Haug, N.A., Perry, B., Hoehn-Saric, R. & McLeod, D. (2006). Premenstrual Symptomatology, Alcohol Consumption, and Family History of Alcoholism in Women With Premenstrual Syndrome. *Journal of Studies on Alcohol*, 67 (6), 833-836.
- Tölle, R. (1994). *Psychiatrie: einschließlich Psychotherapie* (10., überarbeitete und ergänzte Aufl.). Berlin: Springer-Verlag.
- Tölle, R. & Doppelfeld, E. (Hrsg.) (2005). *Alkoholismus*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Uhl, A. (1994). Die Anstalt und ihre Patienten unter besonderer Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Unterschiede. In A. Springer, S. Feselmayer, W. Burian, I. Eisenbach-Stangl, S. Lentner & R. Marx (Hrsg.), *Suchtkrankheit. Das Kalksburger Modell und die Entwicklung der Behandlung Abhängiger. Festschrift für Rudolf Mader zum 60. Geburtstag* (S. 97-133). Wien: Springer-Verlag.
- Uhl, A. & Kobra, U. (2003). Epidemiologie des geschlechtsspezifischen Alkoholgebrauchs [Electronic version]. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 26 (3-4), 5-19. Zugriff am 6.8.2008, von <http://www.api.or.at/wzfs/>
- Uhl, A., Kobra, U. & Bachmayer, S. (2006). *Factsheet: Alkoholkonsum in Österreich – Ergebnisse unterschiedlicher Quellen einschließlich der österreichischen repräsentativen Bevölkerungsumfrage. BMGF/LBISucht/market*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Zugriff am 22.7.2008. Verfügbar unter <http://www.api.or.at/lbi/pdf/06%20factsheet%20alkohol.pdf>
- Uhl, A., Kopf, N., Springer, A., Eisenbach-Stangl, I., Kobra, U., Bachmayer, S., Beiglböck, W., Preinsberger, W. & Mader, R. (Hrsg.). (2001). *Handbuch Alkohol – Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends* (2., überarbeitete und ergänzte Aufl.). Wien: Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen.
- Uhl, A. & Springer, A. (1996). *Studie über den Konsum von Alkohol und psychoaktiven Stoffen in Österreich unter Berücksichtigung problematischer Gebrauchsmuster – Repräsentativerhebung 1993/1994, Textband*. Wien: Bericht des LBISucht. Zugriff am 22.7.2008. Verfügbar unter <http://www.api.or.at/lbi/pdf/studtxt.pdf>

- Uhl, A., Springer, A., Kobra, U., Gnambs, T. & Pfarrhofer, D. (2005). *Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch – Erhebung 2004, Band 1: Forschungsbericht*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Zugriff am 22.7.2008. Verfügbar unter [http://www.api.or.at/lbi/pdf/gps%20espad%2005/gps\\_bericht.pdf](http://www.api.or.at/lbi/pdf/gps%20espad%2005/gps_bericht.pdf)
- Vogt, I. (1984). Zum klinischen Bild der Alkoholikerin. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 7, 47-54.
- Waldeyer, A. (1987). *Anatomie des Menschen 1: Allgemeine Anatomie, Rücken, Bauch, Becken, Bein* (15., neubearbeitete Aufl.). Berlin: de Gruyter.
- Wanke, K. (1981). Unterschiedliches Suchtverhalten bei Frau und Mann. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) (Hrsg.), *Frau und Sucht* (S. 11-27). Hamm: Hoheneck.
- Weigand, Verena (1993). *Die Frau im Streß. Strategien zur Streßbewältigung*. Freiburg: Herder.
- Weltgesundheitsorganisation (2008). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (H. Dilling, W. Mombour, M.H. Schmidt, dt. Übers., 6., vollständig überarbeitete Auflage). Bern: Huber. (Original erschienen 1992: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines)
- Wrusch, V. (1995). *Frauenalkoholismus und Lebenslauf: Biographische Analysen*. Münster: Lit.
- Zahradnik, H.P. (2004). Prämenstruelles Syndrom. *Gynäkologische Endokrinologie*, 2, 64-69. Zugriff am 2.10.2008, von <http://www.springerlink.com/content/7frfth0af2c6m6ql/fulltext.pdf?page=1>
- Zahradnik, H.P. & Breckwoldt, M. (1989). Therapeutische Maßnahmen beim prämenstruellen Syndrom. *Gynäkologie*, 22, 323-325.
- Homepage: [www.api.or.at/akis](http://www.api.or.at/akis) und [www.api.or.at/lbi](http://www.api.or.at/lbi)

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Kriterien für Substanzabhängigkeit nach DSM-IV-TR .....	8
Abbildung 2:	Diagnosekriterien des Abhängigkeitssyndrom F10.2 nach ICD-10 .....	9
Abbildung 3:	Kriterien für Alkoholentzug nach DSM-IV-TR .....	11
Abbildung 4:	Phasen des Alkoholismus nach Jellinek .....	16
Abbildung 5:	Modifiziertes Ladewig'sches Suchtdreieck.....	21
Abbildung 6:	Teufelskreise der Alkoholabhängigkeit .....	23
Abbildung 7:	Menstruationszyklus .....	44
Abbildung 8:	Die weiblichen Geschlechtshormone .....	45
Abbildung 9:	Forschungskriterien prämenstruelle dysphorische Störung nach DSM-IV ...	62
Abbildung 10:	Zeitschema der Untersuchung .....	74
Abbildung 11:	Familienstand nach PMS-Gruppen.....	83
Abbildung 12:	Schul Ausbildung Gesamtstichprobe.....	84
Abbildung 13:	letzte berufliche Stellung nach PMS-Gruppen.....	85
Abbildung 14:	Doppelbelastung nach PMS-Gruppen .....	87
Abbildung 15:	Beruf des Partners.....	88
Abbildung 16:	Menstruationsbeschwerden jung nach PMS-Gruppen .....	92
Abbildung 17:	Zyklusphase bei Ersttestung nach PMS-Gruppen.....	94
Abbildung 18:	Blutungsstärke nach PMS-Gruppen .....	95
Abbildung 19:	Trinkhäufigkeit der Gesamtstichprobe.....	97
Abbildung 20:	Alkohol Häufigkeit nach PMS-Gruppen .....	98
Abbildung 21:	Zykluseinfluss auf Alkoholkonsum nach PMS-Gruppen.....	100
Abbildung 22:	Alkoholkonsum in prämenstrueller Phase nach PMS-Gruppen .....	101
Abbildung 23:	alle fünf MAQ-Faktoren nach PMS-Gruppen.....	114
Abbildung 24:	alle fünf FEM-Faktoren nach PMS-Gruppen.....	117

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Umrechnung von Mengen alkoholischer Getränke auf Standardglas (ÖSG) ...	13
Tabelle 2:	Durchschnittlicher Alkoholkonsum bezogen auf Geschlecht.....	13
Tabelle 3:	Durchschnittlicher Alkoholkonsum von Alkoholikern bezogen auf Geschlecht.	14
Tabelle 4:	Alter der Patientinnen nach PMS-Gruppen .....	82
Tabelle 5:	Familienstand nach PMS-Gruppen.....	82
Tabelle 6:	Schul Ausbildung nach PMS-Gruppen .....	85
Tabelle 7:	aktueller Berufsstand nach PMS-Gruppen .....	86
Tabelle 8:	Pilleneinnahme nach PMS-Gruppen .....	89
Tabelle 9:	Rangplätze Reaktion auf Menarche nach PMS-Gruppen .....	91
Tabelle 10:	Menstruationsbeschwerden jung nach PMS-Gruppen .....	92
Tabelle 11:	Alkoholart nach PMS-Gruppen .....	96
Tabelle 12:	Trinkhäufigkeit nach PMS-Gruppen .....	98
Tabelle 13:	regelmäßiger Alkoholkonsum nach PMS-Gruppen .....	99
Tabelle 14:	Zykluseinfluss auf Alkoholkonsum nach PMS-Gruppen.....	100
Tabelle 15:	Alkoholsteigerung während des Zyklus nach PMS-Gruppen .....	102
Tabelle 16:	Rangplätze Trinkmotive nach PMS-Gruppen .....	103
Tabelle 17:	Rangplätze Ort des Trinkens nach PMS-Gruppen .....	104
Tabelle 18:	Rangplätze Abstinenzsymptome nach PMS-Gruppen .....	105
Tabelle 19:	Rangplätze aktueller Behandlungsanstoß nach PMS-Gruppen .....	106
Tabelle 20:	MAQ-Faktor 1 nach PMS-Gruppen .....	107
Tabelle 21:	MAQ-Faktor 2 nach PMS-Gruppen .....	108
Tabelle 22:	MAQ-Faktor 3 nach PMS-Gruppen .....	108
Tabelle 23:	MAQ-Faktor 4 nach PMS-Gruppen .....	109
Tabelle 24:	MAQ-Faktor 5 nach PMS-Gruppen .....	109
Tabelle 25:	FEM-Faktor 1 nach PMS-Gruppen .....	111
Tabelle 26:	FEM-Faktor 2 nach PMS-Gruppen .....	111
Tabelle 27:	FEM-Faktor 3 nach PMS-Gruppen .....	112
Tabelle 28:	FEM-Faktor 4 nach PMS-Gruppen .....	113
Tabelle 29:	FEM-Faktor 5 nach PMS-Gruppen .....	113
Tabelle 30:	Skaleninterkorrelationen MAQ-Faktoren .....	116
Tabelle 31:	Skaleninterkorrelationen FEM-Faktoren .....	119

## Anhang

- Soziodemographischer Fragebogen
- Abstract



Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_

Heutiges Datum: Nummer: 

Bitte beantworten Sie folgende Fragen, indem Sie jeweils das entsprechende Kästchen ankreuzen bzw. die entsprechenden Zahlen eintragen. Einige Fragen werden Ihnen wahrscheinlich sehr persönlich vorkommen, bedenken Sie aber, dass Sie diese Angaben völlig anonym machen und Ihre Daten absolut vertraulich behandelt werden.

## 1. Fragen zur allgemeinen Lebenssituation:

1.1. Alter: ..... Jahre ..... Monat(e)

1.2. Familienstand: ☐ ledig  
☐ verheiratet, zusammen lebend  
☐ verheiratet, getrennt lebend  
☐ geschieden  
☐ verwitwet

1.3. Haben Sie Kinder? ☐ ja, nämlich ..... ☐ nein

1.4. Mit wem leben Sie in häuslicher Gemeinschaft? (Hier können Sie mehrere Antwortmöglichkeiten angeben.)

☐ Ich lebe allein. ☐ Ehemann  
☐ Partner/Lebensgefährte ☐ Kind/Kindern  
☐ Eltern ☐ mit anderen Verwandten  
☐ andere Personen (Wohngemeinschaft, Freunde)  
☐ andere, und zwar: .....

1.5. Angaben zu Ihrer Schul- und Berufsausbildung: (Mehrfachantworten sind möglich.)

Volksschule / Hauptschule	<input type="checkbox"/> mit	<input type="checkbox"/> ohne Abschluss
Allgemeinbildende höhere Schule (AHS)	<input type="checkbox"/> mit	<input type="checkbox"/> ohne Matura
Berufsschule / Lehre	<input type="checkbox"/> mit	<input type="checkbox"/> ohne Abschluss
Berufsbildende mittlere Schule	<input type="checkbox"/> mit	<input type="checkbox"/> ohne Abschluss
Berufsbildende höhere Schule (BHS)	<input type="checkbox"/> mit	<input type="checkbox"/> ohne Matura
Hochschule, Universität, Akademie	<input type="checkbox"/> mit	<input type="checkbox"/> ohne Abschluss
andere Ausbildung, und zwar:	.....	
	<input type="checkbox"/> mit	<input type="checkbox"/> ohne Abschluss

1.6. Ihre letzte berufliche Stellung:

☐ Hilfsarbeiterin ☐ Facharbeiterin  
☐ Angestellte ☐ Beamtin  
☐ Selbständige, Unternehmerin ☐ in Ausbildung  
☐ Hausfrau ☐ andere, und zwar: .....

1.7. aktueller Berufsstand: ☐ berufstätig, seit ..... Jahr(en) ..... Monat(en)  
☐ arbeitslos, seit ..... Jahr(en) ..... Monat(en)  
☐ in Pension, seit ..... Jahr(en) ..... Monat(en)  
☐ Hausfrau, seit ..... Jahr(en) ..... Monat(en)  
☐ in Ausbildung

1.8. Führen Sie neben Ihrem Beruf Haushalt / Kindererziehung vorwiegend alleine aus?

☐ ja      ☐ nein      ☐ nicht berufstätig

1.9. Leisten Sie Schichtarbeit?      ☐ ja      ☐ nein

1.10. Haben Sie eine feste Partnerschaft (Freund oder Ehemann)?

☐ ja      Seit wann? ..... Jahr(en) ..... Monat(en)  
☐ nein

Falls ja, sind Sie im allgemeinen mit Ihrer Partnerschaft zufrieden?

☐ zufrieden      ☐ mittelmäßig      ☐ unzufrieden

1.11. Berufstätigkeit des Ehemanns/Partners:

☐ Hilfsarbeiter      ☐ Facharbeiter  
☐ Angestellter      ☐ Beamter  
☐ Selbständiger, Unternehmer      ☐ in Ausbildung  
☐ arbeitslos, seit ..... Jahr(en) ..... Monat(en)  
☐ in Pension, seit ..... Jahr(en) ..... Monat(en)  
☐ Hausmann, seit ..... Jahr(en) ..... Monat(en)  
☐ andere, und zwar: .....

1.12. Sind Sie mit Geschwistern aufgewachsen?

☐ ja, mit ..... Schwester(n), ..... Brüder      ☐ nein  
Ihre Stelle in der Geschwisterreihe? .....

## 2. Fragen zum allgemeinen Gesundheitsstatus:

2.1. Haben (hatten) Sie schwerwiegende Erkrankungen?

☐ ja      ☐ nein

Falls ja, welche?

wann?

1. ....

.....

2. ....

.....

3. ....

.....

2.2. Haben Sie vor der Aufnahme regelmäßig Medikamente eingenommen?

☐ ja      ☐ nein

Falls ja, welche?

wofür?

1. ....

.....

2. ....

.....

3. ....

.....

2.3. Nehmen Sie oder haben Sie Hormontabletten bzw. sog. Antibabypillen eingenommen?

☐ ja      ☐ nein

Falls ja, welche?

wie lange?

1. ....

von ..... bis .....

2. ....

von ..... bis .....

3. ....

von ..... bis .....

Insgesamt wie lange? ..... Jahr(e) ..... Monat(e)

- 2.4. Gehen Sie regelmäßig zum Arzt bzw. zur Gesundenuntersuchung? ☐ ja ☐ nein
- 2.5. Besuchen Sie regelmäßig einen Gynäkologen? ☐ ja ☐ nein  
Wann waren Sie zum letzten Mal? vor ..... Jahr(en) ..... Monat(en)
- 2.6. Wurden bei Ihnen Bauch- und/oder Unterleibsoperationen durchgeführt?  
☐ ja ☐ nein  
Falls ja, welche? .....  
Wann? .....
- 2.7. Haben Sie oder hatten Sie Unterleibsentzündungen (Eileiter-, Eierstock-, Gebärmutterentzündungen oder ähnliche Erkrankungen)?  
☐ ja ☐ nein  
Falls ja, welche? .....  
Wann? .....  
Treten diese Beschwerden öfters auf? ☐ ja ☐ nein
- 2.8. Haben Sie oder hatten Sie Vaginalinfektionen (Pilze, Bakterien, Chlamydien, Trichomonaden oder ähnliche)?  
☐ ja ☐ nein  
Falls ja, wann zum letzten Mal? vor ..... Jahr(en) ..... Monat(en)  
Treten diese Beschwerden öfters auf? ☐ ja ☐ nein

### 3. Fragen zur Menstruation und zum Zyklusverlauf:

- 3.1. Wie alt waren Sie zum Zeitpunkt Ihrer ersten Menstruation? ..... Jahre
- 3.2. Wie war Ihre Reaktion auf die erste Regelblutung? (Mehrfachantworten sind möglich.)  
☐ Freude ☐ Überraschung  
☐ Schreck ☐ Ärger  
☐ Stolz ☐ Selbstverständlichkeit  
☐ Ekel ☐ Unsicherheit  
☐ Scham ☐ andere, und zwar: .....
- 3.3. Ihr Menstruationszyklus in den ersten Jahren nach Beginn der monatlichen Blutungen lag zwischen ..... und ..... Tagen.
- 3.4. Haben Sie als junges Mädchen Beschwerden mit der Regelblutung gehabt?  
☐ immer ☐ meistens ☐ manchmal  
☐ selten ☐ nie
- 3.5. Ihr derzeitiger Menstruationszyklus liegt bei:  
☐ 28 +/- 5 Tage ☐ unter 23 Tage ☐ über 33 Tage  
 Würden Sie Ihren Menstruationszyklus als regelmäßig bezeichnen? ☐ ja ☐ nein
- 3.6. Ihre Blutungsdauer beträgt durchschnittlich ..... Tage.

3.7. Gewöhnlich ist Ihre Blutungsstärke:

- ☐ leicht    ☐ mittel    ☐ stark  
☐ schwankend (z.B. ein Monat leicht, ein Monat stark)

3.8. Wo befinden Sie sich momentan in Ihrem Menstruationszyklus?

- ☐ kurz vor der Menstruation  
☐ Menstruation  
☐ kurz nach der Menstruation  
☐ Eisprungphase

Wann begann Ihre letzte Regelblutung? .....

3.9. Haben Sie gewöhnlich Beschwerden vor der Menstruation?

- ☐ ja, leichte    ☐ ja, mittlere    ☐ ja, schwere    ☐ keine

3.10. Waren Sie oder sind Sie gegenwärtig wegen Menstruationsbeschwerden in Behandlung?

- ☐ ja    ☐ nein

3.11. Haben Sie während des letzten Halbjahres Sexualkontakt(e) gehabt? ☐ ja ☐ nein

3.12. Welche Methode der Schwangerschaftsverhütung haben Sie im letzten Halbjahr angewandt? (Hier können Sie mehrere Antwortmöglichkeiten ankreuzen.)

- ☐ keine  
☐ "aufpassen" (Coitus interruptus)  
☐ "Tage berechnen" (Knaus Ogino)  
☐ Temperaturmethode  
☐ "Kondome, Gummis" (Präservative)  
☐ "Scheidenzäpfchen" (chemische Mittel)  
☐ Scheidendiaphragma  
☐ Gebärmutterkappe (Portiokappe)  
☐ "Spirale" (Intrauterinpessar)  
☐ "Pille" (Ovulationshemmer)  
☐ Ich habe mich sterilisieren lassen.  
☐ Mein Partner hat sich sterilisieren lassen.  
☐ andere, und zwar: .....

Seit wann wenden Sie diese Methode an? ..... Jahr(en) ..... Monat(en)

3.13. Waren Sie schon einmal schwanger? ☐ ja    ☐ nein

Wann war Ihre erste Entbindung? ..... (Jahr)

Wann war Ihre letzte Entbindung? ..... (Jahr)

Haben Sie Fehlgeburten gehabt?

- ☐ Ja, ich hatte eine Fehlgeburt während der letzten 6 Monate.  
☐ Ja, ich hatte eine Fehlgeburt vor mehr als 6 Monaten.  
☐ nein

Haben Sie Schwangerschaftsabbrüche gehabt?

- ☐ Ja, ich hatte einen Schwangerschaftsabbruch während der letzten 6 Monate.  
☐ Ja, ich hatte einen Schwangerschaftsabbruch vor mehr als 6 Monaten.  
☐ nein

#### 4. Fragen zu Nikotin/Alkohol/Medikamente:

4.1. Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein ☐ aufgehört

Falls ja:

Wieviele Jahre rauchen Sie bereits? .....

Wieviele Zigaretten haben Sie pro Tag im letzten Halbjahr geraucht? ..... (Stück)

Wieviele Zigarren/Pfeifen haben Sie pro Tag im letzten Halbjahr geraucht? ..... (Stück)

4.2. Welche Alkoholart und -menge haben Sie durchschnittlich pro Tag vor allem im letzten Halbjahr konsumiert? (Mehrfachantworten sind möglich.)

☐ Wein                      Wieviel? ..... Liter

☐ Bier                      Wieviel? ..... Liter

☐ Schnaps                Wieviel? ..... Liter ..... Stamperl (2 cl)

☐ Likör                    Wieviel? ..... Liter ..... Stamperl (2 cl)

4.3. Wie häufig haben Sie getrunken?

☐ täglich ☐ mehr als 3 Tage pro Woche ☐ 1 bis 3 Tage pro Woche

☐ 1 bis 3 Tage pro Monat

4.4. Würden Sie Ihre Trinkgewohnheiten als regelmäßig bezeichnen? ☐ ja ☐ nein

4.5. Hat (hatte) Ihr Menstruationszyklus Ihren Alkoholkonsum bzw. -menge beeinflusst?

☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht (?)

Falls ja:

	Alkohol-Steigerung			Alkohol-Verminderung		
kurz vor der Menstruation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?
Menstruation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?
kurz nach der Menstruation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?
Eisprungphase	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ?

4.6. Wie lange haben Sie schon Alkohol getrunken? ..... Jahr(e) ..... Monat(e)

4.7. Würden Sie Ihren Alkoholkonsum als problematisch bezeichnen?

☐ ja                      Seit wann? ..... Jahr(en) ..... Monat(en)

☐ nein

4.8. In welcher Situation haben Sie am ehesten zu Alkohol gegriffen (Trinkmotive)?  
(Mehrfachantworten sind möglich.)

☐ Beziehungsprobleme mit Partner/Ehemann

☐ familiäre Schwierigkeiten (mit Eltern bzw. Kindern)

☐ Verlust von wichtigen Personen (durch Scheidung, Tod oder Trennung)

☐ Langeweile

☐ Einsamkeit

☐ Depressive Verstimmung

☐ Schlafstörung

☐ sexuelle Problematik

☐ Überlastung, Stress

☐ berufliche Schwierigkeiten

☐ Entzugserscheinungen

☐ andere, und zwar: .....

4.9. Wo und wann haben Sie vor allem getrunken? (Mehrfachantworten sind möglich.)

- |  |                                     |  |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> allein zu Hause | <input type="checkbox"/> zu Hause   | <input type="checkbox"/> am Arbeitsplatz |
| <input type="checkbox"/> in Gesellschaft | <input type="checkbox"/> in Lokalen |  |
| heimlich?                                | <input type="checkbox"/> ja         | <input type="checkbox"/> nein            |
| <input type="checkbox"/> morgens         | <input type="checkbox"/> mittags    | <input type="checkbox"/> nachmittags     |
| <input type="checkbox"/> abends          | <input type="checkbox"/> nachts     |  |

4.10. Haben Sie schon früher (stationäre) Entwöhnungsversuche unternommen?

- ☐ ja      ☐ nein

Falls ja, wie lange waren Sie abstinent? ..... Jahr(e) ..... Monat(e)

4.11. Sind folgende Entzugssymptome (jemals) bei Ihnen aufgetreten?

- |                              |                             |                               |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Appetitstörungen             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Brechreiz                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Erbrechen                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Magenbeschwerden             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Durchfälle                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herz- und Kreislaufstörungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| vermehrte Schweißneigung     | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schlafstörungen              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| epileptische Anfälle         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Angst                        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| vermehrte Reizbarkeit        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Depressionen                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gedächtnisstörungen          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Halluzinationen              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| starke Unruhe                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| starkes Zittern              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| starke Kopfschmerzen         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

4.12. Waren Medikamente/Tabletten im letzten Halbjahr ein Problem für Sie? ☐ ja ☐ nein

4.13. Waren andere Drogen im letzten Halbjahr ein Problem für Sie? ☐ ja ☐ nein

4.14. Gründe für den aktuellen Behandlungsanstoß:

Vermeidung oder Aufhebung von Problemen bzw. Konsequenzen

- ☐ in der persönlichen Umgebung (Familie und Freundeskreis)
- ☐ im gesundheitlichen Bereich (Krankheit bzw. drohende Erkrankung)
- ☐ im finanziell-materiellen Bereich (z.B. Arbeitsplatzverlust)
- ☐ akuter Rückfall
- ☐ Rückfallgefährdung
- ☐ auf Anraten des Arztes (Überweisung)
- ☐ andere, und zwar: .....

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

## **ABSTRACT**

Die vorliegende empirische Studie stellt einen Versuch dar, eine Verbindung zwischen dem Menstruationserleben, der Einstellung zur Menstruation und dem jeweiligen Trinkverhalten bei abstinenten stationär aufgenommenen alkoholabhängigen Frauen aufzuzeigen. Auf die Themenbereiche Alkoholismus, insbesondere Frauenalkoholismus, biologischer Ablauf des Menstruationszyklus sowie „Prämenstruelles Syndrom“ wird im Theoretischen Teil eingegangen. Im empirischen Teil wurde ein sehr ausführlicher Fragebogen (soziodemographische Daten, gynäkologische Vorgeschichte, Menstruationsbiographie sowie Fragen zum Trinkverhalten), der Menstrual Attitude Questionnaire (MAQ) und der Berliner Fragebogen zum Menstruationserleben (FEM) eingesetzt. Aufgrund einer subjektiven Einschätzung des Schweregrades der prämenstruellen Beschwerden konnten drei verschieden stark ausgeprägte Beschwerdegruppen unterschieden werden. Die Ergebnisse der Studie veranschaulichen, dass die Gruppe mit mittleren und starken Beschwerden erwartungsgemäß stärkere Belastungen während der Menstruation und ein deutlicher ausgeprägtes „PMS“ angaben als die beiden anderen Gruppen. Außerdem empfanden diese Frauen ihre eigene Menstruation vermehrt als Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit und psychischer Befindlichkeit. Rund 25% aller befragten Frauen beschrieben einen Zykluseinfluss auf ihren Alkoholkonsum, wobei 18,8% der Gesamtstichprobe (n=85) die Trinkmenge in der prämenstruellen Phase erhöhten.

# CURRICULUM VITAE

## PERSÖNLICHE DATEN

Name: Maren Fildan-Lembacher  
Geburtsdaten: 19.12.1967, in Hamburg, BRD  
Staatsbürgerschaft: Österreich  
Familienstand: geschieden, ein Kind (10 Jahre)

## BILDUNGSWEG

1974 – 1976 Volksschule, Hamburg  
1976 – 1978 Volksschule, Wien  
1978 – 1982 BRG Gottschalkgasse, Wien  
1982 – 1987 Handelsakademie des BFI mit Matura, Wien  
1988 Beginn des Diplomstudiums für Psychologie, Universität Wien  
1991 – 1993 1. Abschnitt Studium Medizin, Universität Wien  
1997 Psychotherapeutisches Propädeutikum, ohne Abschluss  
2002 – 2003 Ausbildung zur Diplomierten Buchhalterin, Akademie der Wirtschaftstreuhand, Wien  
2004 Lehrgang Mediation, Fortbildungsakademie des Berufsverbandes Österreichischer PsychologInnen, Wien  
seit 2005 eingetragene Mediatorin gemäß ZivMediatG  
2006 – 2007 Ausbildung zur Bilanzbuchhalterin und Diplomierte Steuersachbearbeiterin, Akademie der Wirtschaftstreuhand, Wien  
2007 Ausbildung zur Diplomierten Personalverrechnerin, Akademie der Wirtschaftstreuhand, Wien  
seit 2007 öffentlich bestellte Bilanzbuchhalterin gemäß BibuG

## PRAKTIKA

1994 Praktikum an der Abteilung für Psychosomatik und Innere Medizin, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Wien  
1996 Praktikum im Bereich der Klinischen Psychologie, Anton-Proksch-Institut, Sonderkrankenhaus für Suchtkranke, Wien

## BERUFLICHE TÄTIGKEITEN

seit 2007 Bilanzbuchhalterin/Diplomierte Steuersachbearbeiterin, Dignitas Wirtschaftstreuhand GmbH, Wien  
2002 – 2007 Buchhalterin, Dignitas Wirtschaftstreuhand GmbH, Wien  
1990 – 2002 Buchhalterin, Wirtschaftstreuhand und Steuerberater Dr. Gerald Neureiter, Wien  
1989 – 1993 diverse Tätigkeiten im Bereich Promotion, Marketing, Verkauf, Wien und NÖ  
1989 freiberufliche Tätigkeit, Österreichische Nestlé GesmbH, Wien  
1987 – 1989 Buchhalterin, AMS Nußbaumer GesmbH, Wien  
1984 – 1987 diverse kaufmännische Ferialpraktika

Wien, im Oktober 2008